

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1935. — N° 9

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
KYTE HYDATIQUE DE LA RATE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 13 Mars 1935

PAR

ZONZA JOSEPH

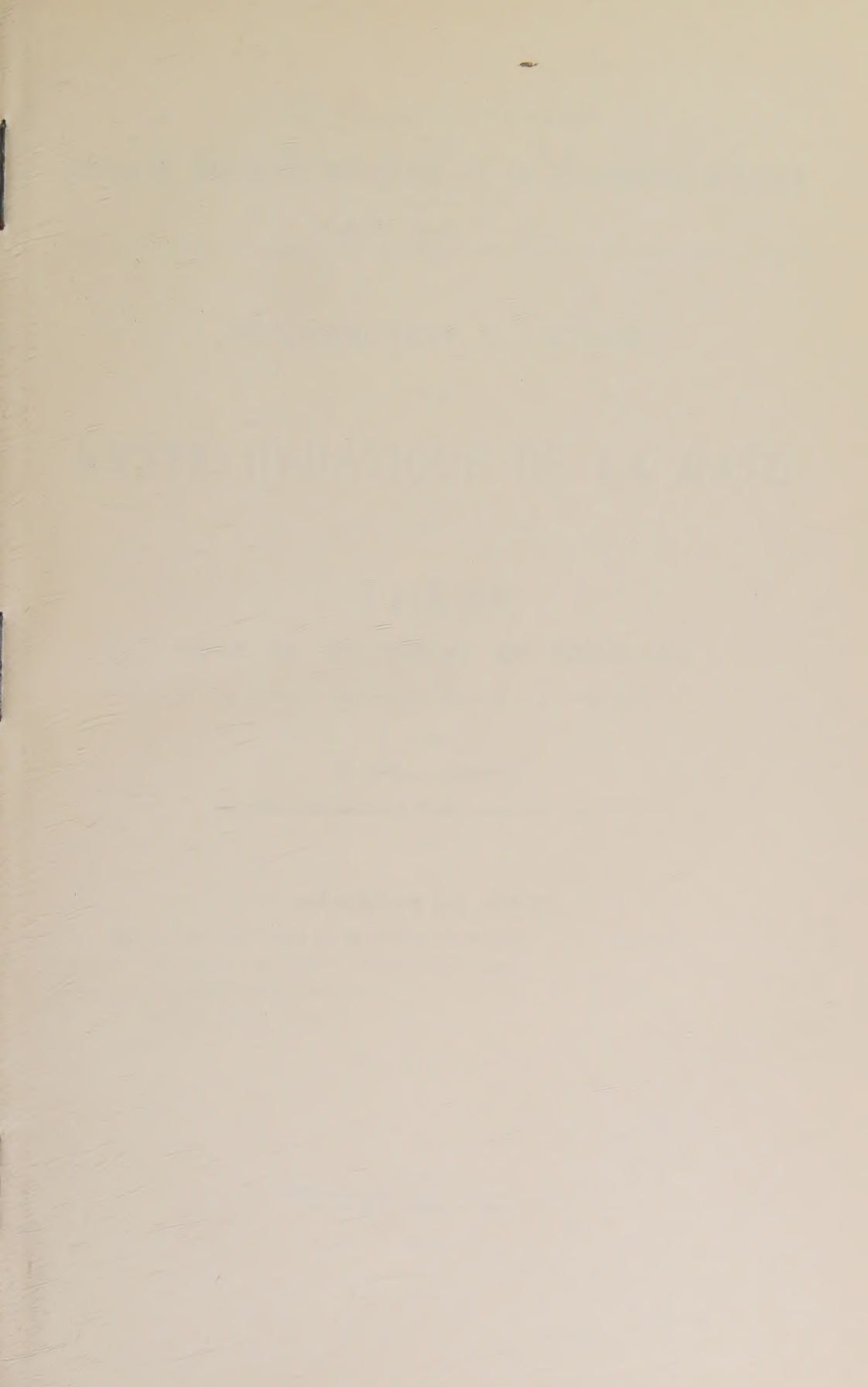
Né à Bône (Département de Constantine), le 12 Avril 1905

MEMBRES DU JURY :

MM. COSTANTINI, Professeur de clinique chirurgicale	<i>Président.</i>
CABANES, Professeur de clinique gynécologique	} <i>Juges.</i>
FERRARI, agrégé (chirurgie)	
MOGGI, Agrégé (Chirurgie)	

ALGER
IMPRIMERIES "LA TYPO-LITHO"
22 JULES CARHONNEL RÉUNIES

1935





Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1935. — N° 9

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
KYTE HYDATIQUE DE LA RATE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 13 Mars 1935

PAR

ZONZA JOSEPH

Né à Bône (Département de Constantine), le 12 Avril 1905

MEMBRES DU JURY :

MM. COSTANTINI, Professeur de clinique chirurgicale	<i>Président.</i>
CABANES, Professeur de clinique gynécologique	} <i>Juges.</i>
FERRARI, agrégé (chirurgie)	
MOGGI, Agrégé (Chirurgie)	

ALGER
IMPRIMERIES "LA TYPO-LITHO"
ET JULES CARBONEL RÉUNIES

1935

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. LEBLANC (✳, ✳, I. ✳).
 DOYEN HONORAIRE..... HERAIL (✳, I. ✳).
 ASSESSEUR..... PINOY (✳, I. ✳).

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM. AUBRY (O. ✳, ✳, I. ✳).
Clinique gynécologique.....	CABANES (✳, ✳, I. ✳).
Clinique chirurgicale.....	COSTANTINI (✳, ✳, I. ✳).
Botanique et matière médicale.....	FOURMENT (A. ✳, ✳, O. ✳).
Clinique médicale et Hygiène infantile. . .	GILLOT (I. ✳).
Médecine légale.....	GIRAUD (O. ✳, ✳, I. ✳).
Clinique obstétricale et de puériculture du 1 ^{er} âge.....	LAFFONT (✳, ✳, I. ✳).
Anatomie.....	LEBLANC (✳, ✳, I. ✳)
Thérapeutique.....	LEBON (✳, ✳, A. ✳).
Clinique chirurgicale infantile et d'or- thopédie.....	LOMBARD (✳, ✳, I. ✳).
Chimie biologique et médicale.....	MAILLARD (✳, I. ✳).
Pharmacie.....	MUSSO (I. ✳)
Microbiologie et cryptogamie.....	PINOY (✳, I. ✳).
Pathologie générale et Clinique psychia- trique.....	POROT (I. ✳).
Physique médicale.....	PORTES (✳, ✳, I. ✳)
Anatomie pathologique.....	POUJOL (✳, I. ✳).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées.	RAYNAUD (✳, ✳, I. ✳).
Parasitologie et zoologie médicale.....	SENEVET (✳, I. ✳).
Physiologie.....	TOURNADE (O. ✳, ✳, I. ✳).
Histologie et Embryologie.....	WEBER (✳, ✳, I. ✳).
Chimie générale pharmaceutique et toxico- logie.	WUNSCHENDORFF (I. ✳).
Clinique ophtalmologique.....	N...
Hygiène, hydrologie et climatologie.....	N...

PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. COURRIER (✳, ✳, A. ✳), Agrégé (Histologie)

PROFESSEURS HONORAIRES

M. ARGAUD (✳, ✳, I. ✳). M. HÉRAIL (✳, I. ✳).

CHARGÉ DE COURS

Clinique oto-rhino-laryngologique..... M. H. ABOULKER (✳, ✳, A. ✳).

AGRÉGÉS

Médecine.....	MM. BENHAMOU. (✳, ✳, A. ✳).
Histologie.....	COURRIER (✳, A. ✳).
Chirurgie.....	DUBOUCHER (I. ✳).
	FERRARI (I. ✳)
Accouchements.....	HOUEL (✳, ✳, I. ✳).
Médecine.....	LACROIX (A. ✳).
Chirurgie.....	MOGGI (✳, A. ✳).
Anatomie pathologique.....	MONTPELLIER (I. ✳).
Anatomie.....	RIBET (✳, A. ✳).
Chimie médicale.....	N...
Histoire naturelle pharmaceutique.....	N...
Physiologie.....	N...

AGRÉGÉ LIBRE

Physiologie..... BATTEZ.

*NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni im-
 probation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être
 considérées comme propres à leurs auteurs.*



A mes Parents et à mon Oncle.

A mes Maîtres.

A mes Amis.

A mon Président de Thèse
Monsieur le Professeur COSTANTINI.

A Monsieur le Professeur CABANES.

A Monsieur le Professeur agrégé FERRARI.

A Monsieur le Professeur agrégé MOGGI.

Mes Juges.

A Monsieur le Docteur SABADINI

Chirurgien des Hôpitaux

Qui après nous avoir inspiré ce travail en a suivi l'élaboration avec une sollicitude constante. Nous le prions de bien vouloir trouver ici l'assurance de notre vive reconnaissance et de notre entier dévouement.

Je dédie respectueusement cette thèse.

INTRODUCTION

Les kystes hydatiques de la rate ont été l'objet d'assez nombreuses publications depuis la première observation de BERTHELOT en 1790. Ils ont été le sujet des belles cliniques de DIEULAFOY et la médecine française se glorifie de ce que ce soit un médecin de chez elle, DÉVÉ, qui ait été à l'origine des plus magnifiques recherches sur cette question. Les observations se sont alors succédées et nous avons pu en lire, dans la littérature, environ 250.

Un certain nombre de travaux destinés à synthétiser les conclusions de ces observations et à en faire une revue d'ensemble ont été publiées par de nombreux auteurs.

Mais si l'accord semble réalisé dans les kystes hydatiques du foie, le traitement chirurgical du kyste de la rate est encore indécis.

A mesure que s'est étendu le champ d'expérience, au lieu d'engendrer une opinion nette, précise, de nombreuses techniques sont proposées, chacune apportant des statistiques sensiblement équivalentes.

Il semble normal que les deux pays où les kystes hydatiques sont les plus fréquents se doivent de les étudier plus spécialement: l'Amérique du Sud et l'Algérie.

En Algérie même, dans ces dernières années, les chirurgiens tendent à être plus éclectiques. Ils divisent la question et semblent poser des indications opé-

ratoires précises basées sur l'anatomie pathologique des lésions. Leurs idées paraissent se rapprocher de celles de l'école sud-américaine.

L'accord, cependant est loin d'être encore réalisé. Il nous a paru intéressant et utile d'exposer les divers traitements proposés et d'en tirer une conclusion en rapport avec les données actuelles de la clinique et de la chirurgie et avec les résultats obtenus.

Aussi, est-ce avec empressement que nous avons accepté les suggestions de notre maître le Docteur SABADINI qui est, à notre connaissance, l'auteur de la plus récente monographie sur cette question et c'est grâce à son obligeance que nous pouvons faire état d'une importante documentation.

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE GÉNÉRALE

HISTORIQUE

Bien qu'ils soient rares, les kystes hydatiques de la rate ont été l'objet d'un grand nombre de publications. Nous en avons compté 250 depuis 1790.

Les premiers cas publiés ont été des constatations d'autopsie. C'est BERTHELOT qui semble avoir été le premier à en rapporter un cas en 1790. LÜDERSON, en 1908, en décrit un autre.

Cet état est resté à peu près inconnu jusqu'au moment où MORGAGNI publia son autopsie, en 1821, suivi, en 1827 du cas de BARRET, également rapporté après une autopsie. DEGAILLE, en 1850, VOISIN (autopsie), en ajoutèrent d'autres.

L'observation de BROCA, en 1852, ouvre l'ère clinique. Il fut suivi de DAVAINÉ, en 1860 et de MAGDELAIN, en 1868.

En 1875, BESNIER recueille dans le *Dictionnaire De-chambre* tous les cas parus jusqu'à cette date, et la thèse de LEFÈVRE parut la même année.

BRAULT, en 1876, publie une observation d'un cas d'« hydentérie » à l'autopsie duquel il trouva un kyste hydatique de la rate rompu dans le colon transverse. C'est, semble-t-il, la première description d'une ouverture spontanée d'un kyste hydatique splénique.

Deux thèses suivirent: LE NOËL (1879) et LAINÉ (1888).

En 1889, QUÉNU rapporte un cas traité avec succès par la voie transpleurale et LEPRÉVOST un cas qui guérit après avoir été ponctionné à deux reprises.

En Allemagne, il ne fut publié à ce moment que cinq cas de kystes hydatiques de la rate dont trois par MAGDELUNG (1885).

La thèse de CASANOVA paraît en 1893. Elle fut suivie, en 1897, par les thèses de CRAS et de ROCHE et par un travail de VANVERTS sur cette question.

La thèse de CRAS était basée sur 14 cas, comprenant deux cas personnels. Le premier guérit après incision et drainage. Le second qui présentait un kyste suppuré de la rate ayant perforé le diaphragme, succomba après un drainage chirurgical par la voie trans-thoracique.

La thèse de ROCHE était basée sur deux cas inédits de kyste hydatique de la rate à Marseille. Le premier malade se rétablit après marsupialisation du kyste.

Puis parut en 1898 le travail de BARADUC.

Deux leçons de DIEULAFOY à l'Hôtel-Dieu à Paris, basées sur deux observations personnelles, furent publiées en 1899 et sont restées classiques.

A partir de 1900, les travaux et thèses sur cette question se succèdent plus nombreux. C'est d'abord MONTEREUX (Paris, 1900), puis VEGAS et CRANWELL (*Rev. de Chir.*, 1901), FÉVRIER (*Congrès de Chir.*, 1901), DRIANCOURT (Lyon, 1902), VILLAR (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1903).

En 1905, paraît la thèse de WAROT, à Lyon, décrivant un certain nombre de cas constatés à l'hôpital de Mustapha. Font suite les thèses et travaux de MABIT (*Rev. de Chir.*, 1905), MARTIN (Paris, 1908), TÉDENAT, CERF, BÉGOIN, MICHON où sont exposées les idées du moment sur les indications de la splénectomie et de la marsupialisation (*Soc. de Chir.*, 1909). Puis les travaux d'ANTONA (1911), de PARLAVECCHIO (*Pensiero medico*, 1912), de BLAND-SUTTON (*British Journ. of Chir.*),

PIERI et PONCIL (*Marseille méd.*), DONNATI (*Chir. de la rate*, 1914).

Pendant la guerre les publications cessent pour reprendre en 1919 avec CARDARELLI (*Riforma med.*). En 1921 paraissent les articles de BOINET (*Marseille méd.*), ENZIÈRE (*Montpellier méd.*), MEÏ (*Arch. Ital. de Chir.*); en 1922 de BRAQUEHAYE (*Rev. tunis. des scienc. méd.*), CIGNOZZI (*Arch. Ital. de Chir.*), FICHERA (*Policlinico*), TADDEÏ (*Riforma med.*); en 1924 de SILVESTRINI (*Chir. de la rate*), LESCURE et DENICKER (*Journ. de Chir.*), MILLS (*Journ. Gyn. a Obst.*), DUNNER (*Policlinico*), DIGLIOTTI (*Rev. de Chir.*), CAVINA (*Riforma med.*), BRUMPT et JOYEUX (*Annales de Parasitologie*), BERGER.

Désormais, il ne se passe guère d'année sans que l'on ne voit apparaître plusieurs mémoires sur la question; on ne peut en citer que les principaux:

En 1925, KESSEL (*Novvy Chir. Arch.*), OLMEDO (*Semana med. Buenos-Aires*); en 1926 LEOTTA, PATEL, PAPAYOANNU, HEUSCHER, GRAZIANI (*Cong. intern. Rome*); en 1927 CHARRIER et BARDON (*Journ. de méd. de Bordeaux*); en 1928 MERDENS (*Nederl. Tidisch. v. Genersk*), MICHAUX (*Le Sang*), MAZZINI (*Bull. y trab. soc. cir. Buenos-Aires*), PEYRE (*Presse méd.*), COSTANTINI (*Alg. méd.*); en 1929 CADE et BERGERET (*Journ. méd. de Lyon*); en 1930 BRESSOT (*Progrès méd.*), HIRSCHELD (*Chir. de la rate*), OULIÉ (*Soc. de Chir. de Paris*).

Enfin il faut encore citer en 1931 DENOVAR (*Prensa med. Argentina*), MORO (*Policlinico*); en 1932 BARTSCH (*Virchow's Arch. f. path. anat.*), GUITTIEREZ (*Rev. de cir. Buenos-Aires*), TAUREQUI (*Ann. Anat. Path. et Semana med.*); en 1933 ANGELESCU (*Rev. de Chir. Bucarest*), GRILLI (*Quadern. radiologici*); en 1934 BRUN (*Soc. de Chir. de Tunis*), GOINARD (*Soc. de Chir.*); en 1935 SABADINI (*Soc. de Chir.*) .

PATHOGÉNIE

Les kystes hydatiques de la rate sont rares. Ceci s'explique par les obstacles que rencontre l'embryon hémacanthe avant de venir se localiser dans la rate. On a essayé d'expliquer cette migration de différentes façons et plusieurs hypothèses ont été exposées :

Pour GANDOLFE, l'embryon hexacanthe, parti de l'intestin, emprunte les voies lymphatiques et le canal thoracique, et, par l'intermédiaire de la veine cave supérieure, il est introduit dans la circulation générale.

MARIAU, dans sa thèse (Lyon, 1893), estime que l'infection directe de la rate est possible et cite, à l'appui de son hypothèse, une seule observation où il aurait observé un système veineux qui unissait l'angle colique gauche au pôle inférieur de la rate.

CRAS attribue également à une malformation anatomique la rareté de cette localisation. Pour lui, le reflux du parasite de la veine porte dans la rate est possible, grâce à l'absence de valvules dans la veine splénique.

Ces opinions sont abandonnées et une seule voie d'infection est aujourd'hui admise.

L'embryon hexacanthe part de l'intestin, passe dans la veine porte pour atteindre le foie. Ce premier filtre franchi, il arrive dans le poumon, le traverse à son tour pour pénétrer dans la circulation générale, s'enkyster au niveau d'un organe quelconque, rate, pancréas, etc. Ceci explique que le kyste hydatique sera d'autant plus fréquent qu'il sera localisé plus près de la filière : le foie d'abord, le poumon ensuite.

FRÉQUENCE

C'est, en effet, en troisième lieu, après le foie et le poumon que les statistiques placent le kyste hyda-

tique de la rate. Sur 100 cas de kystes hydatiques, on en trouve 75 % dans le foie, 10 % dans le poumon, 15 % dans les autres organes dont la rate (MILLS). La part de celle-ci serait de 6 %.

Cette proportion n'est pas admise exactement par tous les auteurs.

NIGRISOLI, DAVAINÉ et COBBOLD sur la constatation de nombreux kystes hydatiques (383 pour le deuxième, 327 pour COBBOLD), n'en trouvèrent jamais un seul dans la rate. BLANCHARD (sur 1.739 cas) et THOMAS (1.900 cas) n'en trouvèrent que 2,1 %. DÉVÉ trouve le même chiffre, BRACQUEHAYE 2,6 %, GUITTEREZ 2,90 % (619 cas : 18 kystes de la rate); NEISSER (805 cas) et VEGAS et CRAMWELL 3,1 %, TRINKLER 3,2 % (2.117 cas), BECKER 3,4 %.

WAROT, CIGNOZZI et VITAL trouvent respectivement les chiffres plus élevés de 6, 6,45 et 10 %.

Cette variation dans les statistiques est sans doute due, pour une grande part, au pays dans lequel elles ont été établies. En effet, la proportion d'échinococcose de la rate varie avec le pays même et les différents auteurs d'un même pays ont tendance à trouver des chiffres équivalents.

C'est ainsi que les deux pays qui présentent la proportion la plus faible sont l'Islande et l'Australie. FINSÉN en Islande trouve 0,78 %. WILSON d'Adélaïde (Australie du Sud) dit dans sa thèse que « les kystes hydatiques de la rate y sont comparativement rares ».

En Uruguay, ALBO, dans les hôpitaux de Montevideo, entre 1908 et 1912, en note 0,8 % (3 sur 375). PENCE, sur 150 cas observés dans les hôpitaux d'enfants, de 1896 à 1913 indique 1,50 % (2 sur 215 cas). En Argentine, VEGAS et CRAMWELL trouvent 3,7 %, GLENWAY 2,14 %. Ainsi, les statistiques associées de l'Uruguay et de l'Argentine qui sont parmi les pays où les

kystes hydatiques sont les plus nombreux, donnent 2,3 %, c'est-à-dire un chiffre sensiblement équivalent à celui d'Allemagne et de France (DÉVÉ 2,1 %).

TRINKLER fait remarquer qu'en Russie, contrairement aux opinions de LAINÉ, WAROT et MARTIN, la fréquence des kystes hydatiques de la rate y est plus grande qu'en Allemagne et en France. Dans sa statistique de 70 cas, en effet, si 48 appartiennent à ces derniers pays et 7 seulement à la Russie, ces derniers ne sont répartis que sur cinq années, alors que les premiers s'échelonnent depuis 1790.

Sans attribuer aux statistiques une valeur plus grande qu'elles ne sauraient avoir, il en résulte que les pays où les kystes hydatiques de la rate sont les plus nombreux sont l'Italie et l'Algérie. WAROT note qu'en Algérie, l'hôpital de Mustapha donne un pourcentage de 6,9 % (Thèse Lyon 1905). Dans une statistique plus récente et plus complète SENEVET et WITAS (1926), estiment qu'en Algérie les localisations spléniques se montent à 4 % (contre 69 % hépatiques et 10 % pulmonaires).

INFLUENCES DIVERSES.

Ni l'âge, ni le sexe ne paraissent avoir une influence sur la localisation splénique de l'échinococcose.

Les 133 observations de SABADINI, où l'âge était noté, se rapportent à des malades de 11 à 72 ans. C'est tout au plus si l'on peut constater une fréquence plus grande entre 20 et 50 ans.

Le sexe a été noté dans 150 observations: on y relève 74 femmes et 76 hommes.

Il semble que les femmes soient atteintes plus jeunes que les hommes.

SABADINI note, sur ces 133 observations, que l'âge moyen pour les femmes est de 20 à 40 ans (35 cas

sur 63); pour les hommes de 30 à 50 (42 cas sur 70).

SENEVET et WITAS trouvent que la plus grande partie des observations d'échinococcose se présente chez l'homme de 20 à 40 ans tandis que chez la femme, ce même maximum se trouve de 10 à 30 ans.

On a voulu attribuer une action favorisante au traumatisme.

Dans le même ordre d'idées, FINKELSTEIN a prétendu qu'un paludisme antérieur favorisait la localisation sur la rate du parasite. Il semble que ces opinions soient aujourd'hui abandonnées.

ASSOCIATIONS A D'AUTRES LOCALISATIONS.

Il est intéressant de connaître ces autres localisations hydatiques et leur fréquence au point de vue pratique. Elle permet, en effet, la recherche d'autres kystes en présence d'une localisation splénique.

Ils seront d'autant plus fréquents que l'organe parasité sera plus proche du début de la filière que suit l'embryon hexacanthe avant d'atteindre la rate. Cependant, il s'agit presque toujours d'échinococcose secondaire.

Foie. — Ainsi l'association hépato-splénique sera de beaucoup la plus fréquente. On la retrouve dans les observations de TARUFFI, OULIÉ, GRILLI, COEN, TRICONI, LENNI, ANGELESCU, MARTIN, MABIT. Elle est souvent associée, dans ce cas, à plusieurs kystes de la rate, comme dans les observations de DONEVAN et dans celle de SABADINI que nous citons.

Kystes péritonéaux. — Tels sont les cas de MORGAGNI, MARTIN, TATTEÏ. Le malade de ce dernier avait en outre un kyste du bassin. Le malade de CHRISTOPHERSEN avait un kyste dans la rate, un dans l'épi-

ploon, un dans le mésentère, un dans le ligament large. DELORE trouve un kyste splénique, un pelvien et un épiploïque. VILLARS trouve deux kystes de la rate associés à douze du mésentère et à un du pancréas.

Poumons. — L'association avec le kyste du poumon semble plus rare. MICHON, AUGELSCU, VERESCU-NOFF, HERMAN l'ont trouvé; BOYRAND d'Aix, dans un cas d'échinococcose secondaire trouve, en plus, un kyste du ligament large. MARTIN, de même, en plus des kystes spléniques et pulmonaires, a trouvé chez le même malade cinq kystes de l'épiploon.

Seuls BARTSCH et REBOUL paraissent avoir cité la coexistence d'un kyste splénique et d'un kyste *cérébral*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Classification

Depuis la publication des deux leçons magistrales de DIEULAFOY en 1898, il est classique de diviser les kystes hydatiques de la rate en :

kystes centraux,

kystes marginaux;

kystes juxta-spléniques.

Il est sans doute probable qu'on a été tenté de ranger dans ces derniers, certains kystes péritonéaux.

Où le kyste juxta-splénique a un développement parasplénique, ou il s'est constitué dans la rate même. Dans ce dernier cas, il s'agit de kystes à développement important, mais qui doivent être rangés dans les kystes marginaux.

Dans le second cas, ce sont vraisemblablement des kystes péritonéaux d'ensemencement secondaire (échi-

nococcose secondaire) aujourd'hui bien connu (1). Ils n'appartiennent donc pas aux kystes de la rate proprement dits et sortent de notre question.

Il paraît donc nécessaire de ne garder que la division en kystes centraux et marginaux.

Des cliniciens renommés se sont attachés à démontrer la fréquence plus ou moins grande des uns par rapport aux autres. Ainsi DIEULAFOY, MONTUREUX, HANOT estiment que le plus souvent le kyste hydatique de la rate se présente comme une tumeur centrale, accompagnée d'une hypertrophie compensatrice du tissu splénique sain.

DAVAINE et BLAND-SUTTON, au contraire, estiment que ce sont les kystes marginaux qui sont la forme la plus habituelle.

Il ne nous paraît pas qu'à l'heure actuelle cette distinction ait un grand intérêt pratique. Le kyste a pu naître en plein parenchyme, demeurer longtemps central. Dans ce cas, il est resté cliniquement muet. Il n'intéresse pas le chirurgien.

S'il se développe, s'il grandit d'une façon telle qu'il attire l'attention du clinicien, s'il est perceptible, c'est qu'il est devenu superficiel, marginal. Le développement du kyste d'une part, la réaction compensatrice du parenchyme splénique d'autre part, ont profondément changé les rapports du début. Aussi, est-ce presque toujours des kystes marginaux que l'on trouve à l'intervention.

Dans une étude assez complète du siège des kystes hydatiques de la rate, MARTIN (*Thèse* Paris 1908) considère, en plus des formes ci-dessus indiquées :

(1) L'hypocondre gauche est, avec le pelvis, un des principaux gîtes d'échinococcose péritonéale à la suite d'une rupture du kyste hydatique (COSTANTINI).

a) Une forme antérieure gastro-splénique fréquente (observation de CHAINTRE, CASANOVA).

b) Une forme postérieure pancréatico-splénique (observation de GALLOZI).

c) Une forme supérieure, adhérente au diaphragme et au foie (CHAINTRE, TONNESCO, GUÉRIN).

d) Une forme inférieure, commune, adhérente à l'intestin et aux côlons (SOKOLOFF, BRAULT, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE).

e) Une forme pariétale.

Cette division a été reprise par la plupart des auteurs. Cependant, une telle minutie localisatrice paraît forcer la réalité.

Le kyste hydatique splénique, lorsqu'il est devenu perceptible, a profondément modifié les diamètres d'une rate normale. Les dimensions de celle-ci sont assez faibles: diamètre transversal: 7 à 8 centimètres; vertical: 12 à 13 centimètres; épaisseur: 3 à 5 centimètres; les mésos pancréatico-splénique et gastro-splénique, de 4 à 5 centimètres sont peu étendus. Au point de vue clinique, la rate parasitée englobe un kyste qui a, le plus souvent, au minimum un à deux litres de liquide. Ses diamètres sont alors considérablement agrandis. Aussi, vouloir localiser le kyste soit dans l'épiploon gastro-splénique, soit dans l'épiploon pancréatico splénique, paraît vraisemblablement une conception toute théorique ne correspondant pas aux rapports anatomiques que le développement du kyste a modifiés.

Nous allons essayer, avec SABADINI, de faire une classification plus simple, plus schématique peut-être, mais plus en rapport avec les indications cliniques et chirurgicales.

Sur 58 observations qui indiquaient le siège exact du kyste, voici ce qui a été constaté:

31 fois le kyste avait un développement nettement inférieur abdominal (dont 3 pédiculés: OLIVIER, GIANNETTASIO, MARTIN).

17 étaient profonds, antérieurs, sur le bord gauche, pancréatico-splénique, etc., mais tous à prédominance inférieure.

9 avaient une extension vers le thorax.

Un seul s'était développé à la fois dans le thorax et dans l'abdomen.

En fait, on peut dire que 48 étaient abdominaux, 2 thoraciques, 1 thoraco-abdominal.

Il en résulte qu'il existe deux localisations fréquentes: abdominale et thoracique, une beaucoup plus rare abdomino-thoracique (SCHERB).

Il nous semble donc logique de décrire trois formes anatomo-chirurgicales du kyste hydatique de la rate.

- a) Une forme abdominale.
- b) Une forme thoracique.
- c) Une forme thoraco-abdominale.

Volume

On n'a pas assez insisté sur le volume du kyste que l'on trouve généralement à l'intervention.

SABADINI a fait remarquer que c'est presque toujours une masse énorme, hors de proportion avec l'organe où elle a pris naissance.

Dans 54 observations où il est fait état du volume ou des rapports du kyste, nous avons noté:

Dans l'observation de BARUT, le kyste descend dans le pelvis entre la vessie et le rectum. Dans celles de OLIVIER et WILSON, le kyste atteint le pubis. LAIXÉ observe un kyste qui remplit la fosse iliaque gauche

TUSINI un kyste qui atteint la ligne médiane. Il arrive à la crête iliaque dans les observations de PARLAVECCHIO, TOMMAS, CARDARELLI (2 cas) et BRAULT; à 4 cm. de l'ombilic dans le cas d'ANTONA. Dans une observation de DIEULAFOY, la tumeur remonte jusqu'à la troisième côte.

TARUFFI observe un kyste de 17 cm. sur 18; COEN un kyste de 13 cm. sur 8,5.

Le volume du kyste est comparé à une tête d'homme par BIONDI, DUNER, SCHWARDA, MARTIN, SOKOLOF, à une tête d'enfant par ENGEL, à une tête de nourrisson par GRANOWSKI, à une tête de fœtus par CERAULO, TADDEI, SHEIK.

Le poids varie de 4 kg. 800 à 400 grammes dans les observations de :

SABADINI, 4 kg. 800; OULIÉ, 3 kg.; BEZANÇON, 2 kg. 130; SCHERREN, 3 livres 4 onces; TÉDENAT, 1 kg. 825; HENNIG, 1 kg. 700; COEN, 1 kg. 600; SPADARO, 1 kg. 370; OULIÉ, 1 kg. 200; DELORE et PONCET, 1 kg. 100; TRICONI, 970 grammes; LEFORT et BERGER, 400 grammes.

La quantité de liquide contenu dans le kyste est de 1 à 15 litres.

GUEDJ, 15 litres; FASOLA, 8 à 9 litres; GALLOZI, 7 litres; OULIÉ, GIANNETTARIO, 6 litres; GIVA, VIVENZA, 4 litres; GUEDJ, OULIÉ (5 fois), 3 litres; PARLAVECCHIO, PACI, PIRRI, OULIÉ, 2 litres; SILVESTRINI, 1 litre.

Nous voyons par cette liste un peu longue l'importance du kyste par rapport aux faibles dimensions de la rate.

Multiplicité du kyste.

Dans de nombreuses observations, on trouve plusieurs kystes dans la rate. Ainsi les observations de SAVAGI, GALLOZI, BOURDEL, STANKIEWICZ, VILLAR, MOR-

DET, SABADINI indiquent deux kystes; MILLS 3; SILVESTRI, 4; BERTHIER, 6; MORO et LAVAGANI en indiquent plusieurs. Sur les 250 observations qu'il a pu recueillir, SABADINI n'a trouvé que 12 cas qui mentionnent l'existence de plus d'un kyste dans la rate.

Contenu.

Il est généralement clair, quelquefois purulent, très rarement calcifié.

Si l'on ne retient que les observations où le contenu du kyste est noté, on arrive à un pourcentage assez élevé de contenu purulent. C'est ainsi que, sur 48 observations, on trouve 23 cas où le liquide est clair, 20 contenant un liquide purulent, 5 un kyste calcifié présentant en son centre un magma purulent.

En réalité, il faut considérer que presque toujours, lorsque le contenu n'a pas attiré spécialement l'attention du chirurgien, c'est qu'il est clair. Aussi peut-on admettre que dans la grande majorité des cas, le contenu est normal.

D'ailleurs, SENEVET et WITAS, dans leur statistique algérienne n'ont trouvé que 2 kystes suppurés sur un total de 59 kystes de la rate.

Rapports du kyste avec la rate

En se développant dans le parenchyme splénique, le kyste refoule ce dernier, occasionne son atrophie locale par compression excentrique et sa transformation fibreuse. Ce tissu scléreux, épais, forme une coque qui englobe quelquefois des îlots de parenchyme sain. Parfois, on y trouve des éléments calcifiés, surtout dans les kystes suppurés, contribuant à en augmenter l'épaisseur. S'il n'y a pas de séparation entre cette réaction fibreuse et le parenchyme, ce qui en interdit

l'énucléation, du moins il y a simple accolement avec la membrane mère du kyste.

Aussi l'énucléation de cette dernière est en général facile. Mais le manque de rétractibilité de cette coque explique la fréquence des collections hématiques ou suppurées de la cavité. Cette particularité est un argument qu'invoquent les chirurgiens partisans d'un drainage post-opératoire, même *dans le cas de kyste non suppuré*.

L'importance du parenchyme splénique restant est assez variable. Dans certains kystes énormes, son importance fonctionnelle peut être à peu près nulle. WAROT cite le cas d'un kyste de 905 grammes pour une rate de 105 grammes. D'autres fois, surtout dans les kystes à développement inférieur ou nettement supérieur, le tissu splénique peut être en grande partie conservé. On observe même une hypertrophie compensatrice de ce tissu (CONCETTI, MONTUREUX) analogue à l'hypertrophie du parenchyme hépatique au cours des kystes hydatiques du foie, décrit par DIEULAFOY.

Adhérences avec les organes voisins

La rate peut ne pas avoir contracté d'adhérences ou n'en avoir que très peu. Le plus souvent elle est fixée intimement aux organes voisins, comme le prouvent la plupart des observations.

Cette adhérence peut n'avoir lieu qu'avec un seul viscère. Ainsi SOKOLOF, HUBER, MARTIN la signalent avec l'angle colique ; CASANOVA, KNOWSLEY, AMBERG avec l'épiploon ; LAINE, OLIVIER avec la paroi abdominale. Plus souvent avec le diaphragme : GUÉRIN, VILLAR, SHERREN, REBOUL, OULIÉ (2 fois).

Généralement, la rate et le kyste contractent des connexions étendues avec tous les organes qui se trouvent autour de la loge splénique.

Le malade de HAMILTON présentait des adhérences avec l'estomac, le côlon, l'épiploon, le diaphragme, la paroi. RUEHM en note avec l'estomac, le côlon transverse, le pancréas, le rein gauche, le lobe gauche du foie, le diaphragme, la paroi costale. BEZANÇON avec le côlon transverse, le pancréas, le foie. L'énorme kyste de DELBECQ, qui descendait jusque dans le bassin, adhérait à l'intestin, au diaphragme et même à la vessie et au rectum. CHILDE en a vu avec le foie et le diaphragme. OLIVIER note une grosse tumeur dont les connexions s'étendaient à l'épiploon, à la paroi abdominale, au pubis. PIERI en note avec l'estomac, l'épiploon, la paroi; PETIT avec l'estomac et le diaphragme; BRAULT avec le foie et le diaphragme. Dans les deux observations de RACOVICANU, l'une indique des connexions de la tumeur avec toute la paroi de la loge splénique, l'autre avec l'estomac, le foie, le diaphragme.

Le malade de ROSE avait contracté des adhérences avec le foie et le rein gauche; celui de TONNESCO avec l'abdomen et le diaphragme; celui de GUEDJ avec le foie, le diaphragme, la paroi costale. Enfin, dans les deux cas de SABADINI, tous les organes de la loge splénique adhéraient à la rate.

Ainsi, même en dehors d'une suppuration kystique ces adhérences sont assez fréquentes. Ce fait mérite d'autant plus d'attirer l'attention qu'il est assez rare dans les kystes hydatiques du foie.

Ces adhérences que l'on constate à la laparotomie entraînent des difficultés techniques dans les tentatives d'exérèse, des risques post-opératoires et tendent à faire de la splénectomie une méthode d'exception.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES COMPLICATIONS

La suppuration.

Nous avons vu qu'elle se produisait quelquefois. Nous ne parlerons pas ici de la suppuration consécutive à des ponctions souvent septiques, car cette éventualité a à peu près disparu avec l'abandon de ce procédé.

La suppuration peut se faire par la voie lymphatique ou par contiguïté. Les rapports intimes du kyste avec la masse intestinale tendent à favoriser ce processus. Le plus souvent, cependant, elle est d'origine sanguine.

Cette suppuration n'empêche pas les vésicules qui se trouvent dans le kyste et même les scolex de garder leur vitalité. L'examen bactériologique n'a pas toujours été fait. GIANNETTASIO, TUFFIER, d'ANTONA ont trouvé du colibacille; d'autres observateurs ont en plus trouvé du streptocoque. Les anaérobies ont été peu recherchés.

Cette suppuration n'est pas indispensable à la réaction péri-kystique qui favorise les adhérences. Mais quand elle existe, elle constitue un facteur de plus qui contribue à sa formation.

Nous avons noté, dans la constitution de la coque du kyste, l'existence de *noyaux calcifiés* qui se forment quelquefois au cours de la réaction fibreuse. Cette éventualité, assez rare, considérée, le plus souvent, comme un processus de guérison, n'est pas à envisager dans les complications à proprement parler.

Cependant GOINARD⁽¹⁾ a observé une calcification d'un kyste hydatique de la rate qui n'a pas été con-

(1) GOINARD. — Observation d'un kyste calcifié de la rate. — *Société de chirurgie*, séance du 19 déc. 1934.

temporaire de la guérison et qui a laissé le kyste continuer son évolution.

L'énorme volume du kyste par rapport à celui de la rate, les rapports étroits qu'il contracte avec les organes voisins, les adhérences même, sont la cause de deux autres complications: la compression, l'ouverture.

Compression.

La paroi externe de la loge est à peu près rigide et le kyste, à mesure qu'il augmente de volume ne peut que se déplacer vers la droite où il comprime l'estomac, vers la partie supérieure où il repousse le diaphragme, vers la partie inférieure où se trouve la masse intestinale.

La compression de l'estomac n'est jamais très marquée. D'ailleurs, malgré son volume quelquefois monstrueux, le kyste ne dépasse pas la ligne médiane. Aussi les troubles digestifs ne sont-ils pas très importants, mais on pourra observer à la radiographie un déplacement plus ou moins important de l'organe.

Cette compression sera plus sensible au niveau du diaphragme, où comme dans le kyste hydatique supérieur du foie, on pourra noter une pleurésie réactionnelle.

Mais c'est surtout au niveau des côlons transverse et descendant, de l'angle colique gauche que l'on observe les compressions les plus marquées.

En plus des phénomènes mécaniques qui gênent, sans l'interrompre, le transit intestinal, il peut s'ajouter des lésions pariétales coliques, des accidents de subocclusion ou même d'occlusion.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE cite une observation dans laquelle le kyste était lié à l'angle colique gauche et

au côlon descendant, au point qu'il avait entraîné une occlusion intestinale.

Le cas de SOKOLOF est tout à fait analogue. Un malade avait dû subir une entérostomie pour occlusion intestinale. Le transit était interrompu au point de ne pas laisser passer un liquide injecté sous pression. A l'autopsie, on trouva l'angle colique gauche étranglé par des brides dures et fibreuses, provoquées par un kyste de la rate.

Rupture.

Elle se voit dans les kystes anciens où le parenchyme atrophié réduit la rate à une lame plus ou moins mince et surtout dans les kystes suppurés.

Elle se fait dans la cavité abdominale ou les organes abdominaux, dans le thorax et les bronches, à la paroi.

Dans l'abdomen, le kyste a souvent contracté des adhérences avec différents organes. Le plus souvent, sa rupture se fait dans un organe creux.

L'ouverture dans l'estomac est notée dans les observations du GUÉRIN, ROSE, SILVESTRI. Elle entraîne un vomissement de liquide hydatique et de vésicules filles.

L'ouverture dans l'intestin et particulièrement dans le côlon est citée par BERTHELOT, BRAULT.

On a signalé, quoique moins fréquemment, la rupture spontanée dans le péritoine. Dans l'observation de SOKOLOFF, le kyste s'est ouvert en péritoine libre. HUBER a vu la rupture se faire en péritoine cloisonné. SABADINI cite dans sa curieuse observation un monstrueux kyste de 4 kg. 800 qui s'est accouché dans l'abdomen sans se rompre.

Les adhérences que le kyste contracte souvent avec le lobe gauche du foie ont été quelquefois la cause du passage de la bile à l'intérieur du kyste. Une des observations de SILVESTRINI décrit la teinte jaune caractéristique de la paroi du kyste et de son contenu, teinte qui s'étendait même à tout le parenchyme splénique.

Le *diaphragme* est, plus souvent que les autres organes peut-être, intimement fixé au kyste. Ce tissu d'adhérences peut s'étendre jusqu'à la plèvre, le poumon même. A travers lui, le contenu du kyste se fait un chemin vers le thorax. S'il se limite à la plèvre, il donne naissance à une pleurésie hydatique, purulente ou non suivant l'état du kyste. Dans un cas de GUÉRIN, l'épanchement ainsi constitué a été assez important pour refouler le poumon contre la colonne vertébrale. De même CONCETTI cite une abondante collection purulente de la plèvre, consécutive à une rupture au travers du diaphragme.

Quelquefois, quand les adhérences atteignent le *poumon*, le kyste hydatique s'y déverse. Il en résulte une vomique hydatique qui peut être abondante. Cette complication a été observée par DUROZIER, HOLSTEIN, TROFINOFF, QUÉNU. Si dans quelques observations, cette vomique a pu améliorer le malade, le plus souvent elle aggrave le pronostic. Les malades de HOLSTEIN et de DUROZIER moururent rapidement, ceux de TROFINOFF et de QUÉNU ne durent leur guérison qu'à une marsupialisation pratiquée d'urgence, par voie abdominale par TROFINOFF, par voie transpleuro-diaphragmatique par QUÉNU.

Enfin, LAINÉ a signalé la rupture du kyste à travers la *paroi* entraînant une fistule spléno-pariétale, sorte

de marsupialisation spontanée. On a signalé des cas où cette rupture était incomplète, le liquide hydatique se localisant sous la peau où les vésicules filles ont germé (PETIT).

CHAPITRE II

CLINIQUE

A. SYMPTOMATOLOGIE

Le kyste hydatique de la rate, comme d'ailleurs, le kyste hydatique en général, passe par deux périodes successives :

1° Le début, qui reste ordinairement latent.

2° La période d'état ou de tumeur, dans laquelle se manifestent des symptômes en rapport avec la localisation abdominale, thoracique ou thoraco-abdominale.

1° *Le début*

Ce sont des symptômes qui rappellent ceux du kyste hépatique. Son développement est essentiellement insidieux.

Bien que la tumeur se développe dans un organe assez petit où la moindre augmentation de volume devrait attirer l'attention, elle ne se traduit pendant longtemps par aucune manifestation. Aussi, le début du kyste hydatique est-il toujours méconnu. La paroi thoracique la masque et les viscères peuvent être repoussés pendant un temps assez long sans trouble apparent.

Il est difficile de préciser la durée de cette évolution. Elle paraît, cependant, devoir être de trois semaines à douze ans (CONCETTI), la durée moyenne semble être, d'après les observations, de un à trois ans.

Si ce développement est généralement muet, dans un certain nombre de cas, il peut exister quelques

symptômes qui attirent l'attention sans toujours être attribués à leur véritable cause. Le développement de la rate, à ce moment, n'est pas suffisant pour être perceptible.

De tous les symptômes la *douleur*, quoique inconstante, paraît être le plus précoce. Elle se manifeste sous forme d'une sensation de tiraillements et de pesanteur dans l'hypocondre gauche avec des irradiations thoraciques, scapulaires, lombaires ou crurales.

En général, il s'agit de douleur vague, sourde, intermittente. Ainsi, un malade de PIAZZA présentait une douleur à l'épigastre, celui d'ANTONA, se plaignit, pendant un an, de douleurs dans le flanc gauche, survenant par crise et s'accompagnant de vomissements et de diarrhée. Un autre malade de PIAZZA accuse des douleurs vagues et intermittentes à l'hypocondre gauche qui durèrent pendant deux ans. CARDARELLI cite un cas analogue, PARLAVECCHIO observe, en plus de ces phénomènes douloureux de l'hypocondre gauche, de la température. OLIVIER cite un cas où des douleurs se manifestèrent dans tout l'abdomen et plus particulièrement dans la région ovarienne. FEHLEISEN note des crises douloureuses coïncidant avec les périodes menstruelles.

Ces douleurs peuvent avoir une intensité marquée. CHAINTRE rapporte l'histoire d'une malade syphilitique dont l'acuité des douleurs et leur caractère firent poser le diagnostic de crises gastralgiques du tabès. La malade de TRINKLER avait des angoisses cardiaques et de l'insomnie avec anorexie et fatigue générale. Le malade de CONCETTI fut soigné pendant douze ans pour des névralgies intercostales.

Pendant longtemps la douleur peut être le seul symptôme observé et la maladie peut évoluer sans modifier l'état général. La malade de BONNET, morte à

40 ans d'un kyste hydatique de la rate, présentait une douleur intermittente de l'hypocondre gauche depuis l'âge de 17 ans.

TRINKLER a décrit un signe auquel les classiques ont donné son nom, qui est l'impossibilité pour le malade de se coucher sur le côté gauche. Cependant, il semble être rare ou n'avoir pas été souvent recherché, car il n'est noté que par CAPECCHI et RACOVICANU.

Ainsi, le seul symptôme de cette période est la douleur, encore celle-ci est-elle loin d'être constante. Quand elle existe, c'est une douleur d'intensité plus ou moins marquée, mais dont le principal caractère est d'être intermittent.

Une telle symptomatologie ne permet généralement pas d'en soupçonner la cause et il faut arriver, pour que le diagnostic puisse être posé, au moment où la tumeur se manifeste par des signes qui seront différents suivant sa localisation abdominale, thoracique ou thoraco-abdominale.

2° Période d'état ou de tumeur

a) *Kystes abdominaux.*

Ce sont de beaucoup les plus fréquents. Ils se manifestent par un signe capital: *la tumeur* et quelques autres petits signes qui les rendent plus aisés à reconnaître que les kystes thoraciques.

Développés tout d'abord dans une partie quelconque de la rate, leur évolution se poursuit presque uniquement dans la cavité abdominale. Ils peuvent y acquérir un volume assez important avant d'entraîner les troubles graves qu'un développement dans le thorax rendrait plus précoces. Aussi les kystes monstrueux que certaines observations ont décrits sont-ils abdominaux.

C'est donc la présence d'une tumeur abdominale qui est le principal signe de cette variété. Mais si elle peut être évidente à la simple *inspection* du thorax, on peut, surtout au début, ne la voir qu'en la recherchant à jour frisant. Quelquefois même, il est nécessaire de recourir à la mensuration. Mais quel que soit son degré, dès qu'elle est cliniquement perceptible, il y a une diminution respiratoire plus ou moins marquée de l'hypocondre gauche.

C'est généralement une très grosse tumeur que les chirurgiens ont observée. Lorsqu'elle n'a pas dépassé l'hypocondre, suivant l'état de déformation de la rate, on peut sentir, à la *palpation*, son bord arrondi ou lobulé (PARLAVECCHIO, CARDARELLI, TOMASI, BRAULT). Lorsque l'on sent ces incisures, le diagnostic est rendu plus aisé. Si le kyste envahit la fosse iliaque gauche, son bord inférieur sera plus ou moins bien délimité suivant l'intimité de ses rapports avec l'arcade de Fallope. WILSON et OLIVIER ont constaté des kystes qui atteignaient le pubis et dont la limite inférieure n'avait pas pu être précisée. Cette délimitation est encore plus difficile quand le kyste est descendu dans le bassin (BARRET). Il est à remarquer que le kyste conserve toujours un développement longitudinal et ne dépasse jamais quel que soit son volume, la ligne médiane. Aussi existe-t-il une déformation de l'abdomen qui devient plus ou moins asymétrique suivant l'importance de la tumeur.

Le toucher provoque une sensation différente et peut donner l'impression d'une surface unie ou bosselée, souple ou dure et seléreuse; parfois même une région souple alterne avec une région plus dure.

Quelquefois, un palper bi-manuel permet de sentir la tumeur dans la région lombaire. Cette sensation

siège strictement dans la partie externe, dans le flanc, laissant la partie interne lisse et souple. Ceci permet de ne pas la confondre avec une tumeur rénale (SABADINI).

La tumeur, dans le palper du flanc gauche, est quelquefois fluctuante, mais plus souvent, elle présente une sensation de rénitence analogue à la sensation particulière que donne le kyste ovarien abdominal.

GUIDA semble avoir été le seul à constater la pulsation tumorale correspondant aux battements aortiques.

Enfin, un caractère important de la palpation de la tumeur, c'est de ne réveiller aucune sensation douloureuse.

Le kyste de la rate est toujours mat à la *percussion* mais à la condition de se trouver immédiatement au-dessous de la paroi cutanée, ce qui est généralement le cas. Cependant l'intestin peut se trouver en avant de la tumeur (CHAUVEL). VINCENT a observé le côlon descendant en avant du kyste comme on le voit dans une tumeur rénale. Mais ces cas sont rares et le plus souvent, l'intestin est repoussé en arrière et en bas de la tumeur.

La *mobilité tumorale* doit être recherchée. Elle est, en partie, en rapport avec les adhérences que le kyste a pu contracter, aussi la *tumeur est-elle généralement immobile*. ALESSANDRI et TRINKLER ont cependant constaté un déplacement transversal. Et même, lorsque le kyste est petit, on peut le voir se déplacer avec la respiration (PIAZZA) ou au palper (BIONDI).

BRUN⁽¹⁾ décrit un signe sous le nom de *signe du rouleau*. Dans le palper lombo-abdominal la main pos-

(1) BRUN. — *Soc. de Chir. Paris*, séance du 14 nov. 1934.

térieure sent la rate rouler au moment où la main antérieure a accroché le bord antérieur de la masse. Mais la rate étant presque toujours immobilisée par les adhérences, la recherche de la mobilité par ce signe risque d'être trop souvent négative.

Il résulte de ceci que les signes physiques principaux du kyste abdominal sont: le développement vertical plus ou moins important de la tumeur; celle-ci est rénitente, souple ou dure au palper, mate et indolore.

Les *signes fonctionnels* sont assez imprécis.

C'est d'abord la douleur, rarement intense, se manifestant plutôt sous la forme de gêne, d'endolorissement, quelquefois plus marquée quand le malade se couche sur le côté gauche: signe de TRINKLER (CAPECCHI, RACOVICANU). L'irradiation à l'omoplate gauche est ici peu fréquente.

Les signes fonctionnels les plus importants sont les troubles digestifs dus à la compression par la tumeur de l'estomac et de l'intestin. C'est l'anorexie avec quelquefois des vomissements. Un malade de MAS présentait une intolérance alimentaire presque complète. SILVESTRI cite un cas où les douleurs gastriques survenaient après les repas, obligeant le malade à rester couché. Les malades se plaignent parfois de ballonnement après les repas, de digestions pénibles. La compression de l'intestin entraîne de la constipation, parfois même des phénomènes de subocclusion (MORTUREUX).

Comme pour toutes les formes de kyste hydatique de la rate l'état général n'est atteint que tardivement, lorsque le kyste évolue déjà depuis un certain temps.

b) *Kystes thoraciques.*

Le développement du kyste dans la partie supérieure de la rate modifie la symétrie de la cage thoracique. Le diaphragme est refoulé vers le haut, les dernières côtes du côté gauche sont rejetées en dehors, élargissant les espaces intercostaux. L'hypocondre et la région thoracique inférieure gauche présentent une voussure et DIEULAFOY a montré que le mamelon du même côté est plus ou moins saillant.

La *percussion* montre au niveau de cette voussure, une matité franche plus ou moins étendue. Elle peut atteindre le troisième espace intercostal comme dans l'observation de SCHERB, et diminuer ou faire disparaître l'espace de TRAUBE (GOINARD).

A la *palpation*, on constate que l'estomac est rejeté sur la droite, que l'hypocondre gauche présente une saillie qui peut être assez marquée. VIVENZA compare la tumeur, lorsqu'elle est importante, à un cône à sommet inférieur et à base supérieure. GUÉRIN (*Arch. Clin. de Bordeaux*, 1896) décrit un kyste qui, après avoir repoussé le diaphragme, l'avait traversé et avait envahi la cage thoracique. Le poumon petit, ramassé, était comprimé contre la colonne vertébrale. MORO note, dans une observation, que le cœur était déplacé vers la droite.

A l'*auscultation*, on peut trouver une disparition du murmure vésiculaire quelquefois, et au-dessus des râles crépitants.

Mais ces derniers signes, de même que la matité peuvent correspondre à un épanchement pleural réactionnel du côté gauche que la ponction exploratrice et la radio pourront préciser.

De pareils signes expliquent l'importance des symptômes fonctionnels dans cette variété de kyste, contrai-

rement à ce qui se passe dans les kystes abdominaux. C'est la *gêne respiratoire*, la *toux* et la *douleur* qui retiendront l'attention.

En effet, la *dyspnée*, ici, est assez accusée (MORO, ALESSANDRI, MARTIN, SEVESTRE). Au début, elle n'apparaît qu'à la suite des efforts, des mouvements et de la marche. Elle traduit la compression du poumon et du phrénique gauche.

La *toux* peut être la simple résultante de l'irritation de la base pleuro-pulmonaire. Mais elle peut également être en rapport avec des lésions du poumon: une expectoration sanglante peut apparaître (LEGROUX) pouvant aller jusqu'à des hémoptysies franches (SCHROTTER).

La *douleur* est plus ou moins intense. Elle peut aller de la simple sensation de pesanteur, de tension de l'hypocostre gauche jusqu'à des douleurs intenses scapulaires du type intercostal. Elle peut être plus accentuée dans le décubitus latéral gauche (signe de TRINKLER). Dans le kyste thoracique, plus que dans la variété abdominale, la douleur tendra à se localiser au niveau de l'omoplate gauche. Souvent intense, quelquefois précoce, elle semble être en rapport avec l'adhérence du kyste au diaphragme. Elle a même pu se manifester à l'épaule droite et semble être due, d'après WASSILIEF, aux adhérences du kyste avec le lobe gauche du foie.

c) *Kystes abdomino-thoraciques.*

Ce sont généralement des kystes anciens, extension thoracique et abdominale de l'une des deux variétés que nous venons de voir. Ce sont des tumeurs énormes qui s'observent chez des malades négligeants venant consulter très tard, comme certains indigènes.

Le diaphragme est refoulé vers le haut, le poumon et le cœur sont déjetés à droite. Les symptômes constatés participent des deux variétés de kyste auquel s'ajoutent les signes généraux dus à l'ancienneté du kyste.

C'est ainsi que l'on note de l'essoufflement, des douleurs intercostales, de la dyspepsie, des vomissements, de la constipation ou des phénomènes de sub-occlusion. Les signes généraux sont: de l'asthénie marquée, de l'amaigrissement pouvant aller jusqu'à la cachexie.

BRYANT a signalé, dans un cas, une circulation veineuse collatérale.

WAROT cite une observation où la tumeur allait du deuxième espace intercostal gauche jusque dans la fosse iliaque gauche.

Le résumé de l'observation de SCHERR montre mieux qu'une simple énumération des symptômes comment se présente cette variété.

Indigène, porteur d'une volumineuse tumeur, occupant le flanc gauche, donnant une matité continue, commençant à la crête iliaque gauche et atteignant le bord inférieur de la deuxième côte gauche, approchant de deux travers de doigt le bord droit du sternum. L'espace de TRAUBE est mat, le cœur refoulé à droite, la pointe battant sous la deuxième côte, à deux travers de doigt du bord gauche du sternum.

Cette tumeur lisse, unic, est fixe, enclavée sous les côtes et fluctuante.

L'état général est assez satisfaisant: pas de cachexie, pas d'ascite, le foie est normal. Le malade a conservé toute sa vigueur, tout son appétit. Pas de signes urinaires, pas d'ictère. La température est peu élevée (38°5).

Au point de vue fonctionnel, il est gêné par la déformation thoraco-abdominale. Il présente quelques douleurs intercostales, scapulaires, abdominales avec tiraillement, pesanteur; quelques troubles dyspeptiques.

L'examen du sang donne les renseignements suivants:

Globules rouges	4.320.000
Globules blancs	9.000
Polynucléaires	71 %
Mononucléaires	11 %
Lymphocytes	12 %
Eosinophiles	6 %

Un double drainage abdominal et thoracique amena la guérison.

Quelle que soit la réalité que l'on ait, il peut être utile de rechercher, avec la fluctuation qui n'est pas toujours retrouvée (ALESSANDRI TOMASI, PIAZZA), le *frémissement hydatique*.

Quelle que soit la variété que l'on ait, il peut être être considéré comme pathognomonique du kyste hydatique comme on l'a longtemps cru, car sa constatation est loin d'être la règle. Cependant, quand il existe, il peut être très utile pour préciser le diagnostic. MORTUREUX l'a trouvé 12 fois sur 36 cas. MILIAN, qui l'a étudié expérimentalement⁽¹⁾, estime qu'il est dû à l'existence d'une poche à contenu fluide et à tension élevée et non, comme le croyait MORTUREUX, à l'entrechoquement des vésicules filles. WILSON et TUSINI ont recherché et retrouvé ce signe. TRINKLER prétend l'avoir rencontré plus souvent dans les kystes hydatiques de la rate que dans ceux du foie, ce qui serait dû à la profondeur de ces kystes et à l'absence de plans résistants sous-jacents (masse intestinale). Toutefois ce signe, malheureusement inconstant, n'a été retrouvé que rarement par MARTIN et BERGMAN et peut exister dans certains cas pathologiques sans rapport avec un kyste hydatique.

(1) MILIAN. — Pathogénie du frémissement hydatique. — *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1900.

Enfin, LIAN et ODINET ont insisté récemment sur la grande valeur de la percussion et de l'auscultation combinées du kyste hydatique, en l'absence de frémissement hydatique ⁽²⁾.

Nous étudions avec le diagnostic la radiographie susceptible d'apporter des renseignements précieux.

(2) LIAN et ODINET. — Le signe de l'écho hydatique. — *Presse méd.*, février 1935.

B. — Evolution

Le kyste abandonné à lui-même peut augmenter considérablement de volume. Sa durée moyenne est de trois à quatre ans. On a cependant cité des cas où son évolution s'était poursuivie sans complications pendant de longues années : 12 ans dans un cas d'HARTMAN, 28 ans dans un cas de PICQUÉ. BÉGOUX a même publié une observation curieuse où un kyste hydatique de la rate avait duré 44 ans.

Des *guérisons spontanées* ont été observées par BASTIAN, BECKER, VEGAS et CRANWELL. Mais elles sont rares. Elles sont dues à l'ouverture et à l'évacuation dans un organe creux (*Berthelot, Hope Grant*). MOSLER a pu ainsi trouver sept guérisons sur 18 ouvertures spontanées du kyste.

La *calcification* du kyste est également un processus de guérison spontanée, elle peut simplement retarder son développement ou même être contemporaine de l'évolution du kyste (GOINARD).

Le plus souvent son évolution est progressive et des complications graves surviennent. CERF et BÉGOUX attribuent un rôle à la grossesse et au traumatisme dans l'accroissement de la tumeur.

La *mort subite* a été constatée par SEVESTRE, MONPROFIT, ROMBEAU. Plus généralement, la mort est due à la cachexie, conséquence de la dimension énorme du kyste ; à des phénomènes infectieux généraux, péritonite et septicémie, due à la suppuration du kyste ; à des phénomènes d'ordre toxique provoqués par une obstruction intestinale ou encore par une rupture entraînant une péritonite généralisée.

Ce sont, en effet des complications qui viennent le plus souvent interrompre l'évolution du kyste.

C. — *Complications*

Ces complications sont la suppuration ou l'ouverture du kyste.

La suppuration.

Sans être très fréquente, elle est loin d'être rare. Dans des observations anciennes, on a pu l'attribuer à des ponctions souvent septiques, mais avec l'abandon de ce procédé, ces cas ne se voient plus aujourd'hui.

Elle est provoquée par une infection de voisinage ou par une maladie infectieuse intercurrente : grippe, infection puerpérale. Différents auteurs ont attribué la pénétration du liquide hydatique à une fissure de la membrane mère. D'autre part, les rapports étroits que le kyste affecte avec le grêle et le côlon semblent expliquer la raison pour laquelle les examens de TUFFIER, d'ANTONA, GIAMETTASIO, ont donné du colibacille, mais le petit nombre d'examens bactériologiques pratiqués ne permet pas d'en tirer une conclusion générale.

On peut trouver un tableau clinique plus précis : le malade présente de l'amaigrissement, une augmentation notable du volume de la tumeur, mais surtout, il a de la fièvre et une aggravation de la douleur locale. La température peut ne pas être élevée : 38° ou 38°3, la douleur à peine plus marquée et ne se manifester qu'au palper de la tumeur. D'autres fois les symptômes sont plus accusés : température à grandes oscillations, frissons, douleur vive avec contracture, amaigrissement rapide et état général mauvais. On pense à un abcès sous-phrénique ou à un abcès de la rate.

Le plus souvent, il n'y a qu'une fièvre légère, généralement même aucun symptôme local, aucune modification de l'état général ne permettra de penser à une suppuration. Aussi, en l'absence de signes précis, ne peut-on pas, avant toute opération, prévoir la nature du contenu du kyste.

D'ailleurs, dans ce dernier cas, cette prévision ne possède pas un intérêt spécial, du fait que le kyste suppuré peut continuer son évolution sans modifier le pronostic et le peu de virulence du liquide explique que la moitié des guérisons post-opératoires se passent sans incidents appréciables.

La rupture.

La rupture n'est pas très fréquente, mais elle est importante du fait de sa gravité. De plus en plus le diagnostic du kyste hydatique de la rate est fait précocement et l'ouverture tend à se produire moins souvent.

Le volume important du kyste en est souvent la cause, la suppuration la facilitera, bien qu'un kyste clair puisse également s'ouvrir. Les adhérences contractées par la rate préparent deux voies possibles à l'évacuation du contenu kystique : la voie abdominale et la voie thoracique.

Les signes prémonitoires peuvent être précis : la douleur augmente, il existe des phénomènes abdominaux ou pulmonaires. *Le plus souvent la rupture est insidieuse* et rien ne peut la prévoir.

Alors les accidents apparaissent brutalement sans que l'attention soit attirée du côté de la rate dont le kyste même pourra être méconnu.

L'ouverture des *kystes abdominaux* peut se faire à la *peau*. Le fait a été vu par BRAULT et par SOKOLOFF, mais il est exceptionnel.

La tumeur est alors intimement liée à la paroi par les adhérences. Quand le kyste s'ouvre, une fistule se produit qui évacue le contenu kystique au dehors.

Cette fistule peut s'arrêter dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il se produit alors un ensemencement de la région, une greffe sous-cutanée.

L'ouverture dans *l'estomac* est signalée par GUÉRIN, ROSE, SILVESTRI. Elle est également rare.

Elle se traduit par l'apparition de douleurs brutales dans la région épigastrique que suivent immédiatement des vomissements clairs, plus rarement sanglants. On trouve à l'examen du liquide des vésicules hydatiques qui confirment le diagnostic.

L'ouverture du kyste dans les *colons* est moins rare. Elle est caractérisée par une symptomatologie analogue et une selle diarrhéique spéciale. BERTHELOT cite une observation dans laquelle une malade eut des nausées, accompagnées de faiblesse, puis évacua dans ses selles un nombre important de vésicules hydatiques dont quelques unes étaient grosses comme un œuf de pigeon, mélangées à du pus. Cet accident se répéta dans le mois suivant avec évacuation de 1.000 à 1.200 vésicules et accompagnée des mêmes phénomènes. Tout se passa comme s'il y avait eu ouverture d'un deuxième kyste.

Le cas de BRAULT est analogue. Le malade porteur depuis dix ans d'une tumeur de l'hypocondre droit présenta subitement et à trois reprises une selle diarrhéique dans laquelle se trouvaient des membranes hydatiques. Le malade mourut dans la cachexie.

L'ouverture la plus fréquemment observée est celle qui se produit en *péritoine libre*. Elle a été souvent rapportée et rappelle la complication analogue des kystes hydatiques du foie. DÉVÉ a décrit l'échinococose secondaire qui en résulte, produite par la greffe péritonéale de nombreux scolex mis en liberté. Quelquefois, lorsque le kyste n'est pas suppuré, on a pu constater une véritable cachexie hydatique que VEGAS et CRANWELL ont désignée sous le nom de « hydatidosis péritonéale ».

La mort subite a été signalée par SEVESTRE, MONPROFIT et ROMBEAU au moment de l'ouverture du kyste. CERF a rapporté une observation dans laquelle une jeune femme qui avait depuis plusieurs mois un kyste hydatique de la rate et sur le point d'être opérée, fut prise brusquement d'un prurit intense et de dyspnée. La rupture intrapéritonéale provoqua des accidents toxiques qui entraînèrent la mort en quelques instants.

Lorsque le kyste est suppuré, une péritonite se produit. L'observation de SABADINI montre un cas intéressant d'ouverture dans le péritoine. Le malade présentait depuis un an une tumeur de l'hypocondre gauche quand il fut pris brusquement d'une douleur aiguë dans tout l'abdomen. A l'examen, on trouve une tumeur énorme dans la fosse iliaque gauche, rénitente, non douloureuse. Elle est nettement limitée, arrondie, non mobile avec les mouvements. Malgré l'histoire clinique, ces derniers caractères ne permettent pas de poser fermement le diagnostic de rupture d'un kyste hydatique, d'autant qu'il n'existe pas de phénomènes anaphylactiques. A l'intervention, on trouve un kyste énorme de 4 kg. 800, intact, accouché spontanément à travers un orifice assez petit.

Enfin, parmi les observations rares et curieuses, on peut citer celle de HOPE GRANT dans laquelle l'évacuation se fit par l'uréthre et le rectum.

L'ouverture des *kystes thoraciques* dans les voies supérieures a été notée assez souvent.

Elle peut se faire dans la *plèvre*. Elle ne s'accompagne pas généralement de signes brutaux. Ainsi GUÉRIN cite le cas d'un malade qui présenta des signes d'épanchement pleural nets, remontant assez haut et que rien ne permettait d'attribuer à un kyste de la rate. On pensa plutôt à une origine pleuro-pulmonaire pure à cause d'hémoptysies antérieures depuis l'âge de 7 ou 8 ans. Seule, la ponction montrant un débris de membrane qui fut examinée par ARNOZAN permit de poser le diagnostic. A l'autopsie, on trouva une communication de la plèvre et du kyste splénique au travers du diaphragme.

L'ouverture se fait également dans les *bronches*. Il se produit alors une vomique. Dans l'observation de HOLSTEIN, cette vomique faisait suite à un épanchement pleural : une première ponction avait donné un litre de liquide contenant des scolex ; un mois après l'épanchement s'était reformé et s'était évacué par une vomique. Le malade succomba.

Généralement la vomique apparaît sans être précédée de ces signes pleuraux. Une malade de GUÉRIN avait eu une ponction du kyste retirant deux litres de liquide hydatique quand, trois mois après, des vomissements apparurent accompagnés de quintes de toux et l'on trouva de nombreuses vésicules hydatiques. On marsupialisa le kyste et la malade guérit.

L'observation de SOKOLOFF est semblable. Le malade qui avait une tumeur de l'hypocondre gauche présentait depuis un mois une douleur dans cette région et de la fièvre quand il fut pris d'une toux violente en même temps qu'il évacuait une assez grosse quantité de pus dans lequel se trouvaient des membranes hydatiques.

Si l'ouverture dans les bronches peut être précédée de signes généraux et pulmonaires, elle peut apparaître brutalement sans signes précurseurs. Ainsi le malade de TROFINOFF présentait une tumeur dans la région splénique. Brusquement une vomique importante se produisit dans laquelle on trouva des vésicules. Le kyste se reforma et une ponction pratiquée ayant entraîné des troubles généraux, le malade subit une marsupialisation et guérit.

Ainsi, la vomique n'avait pas vidé le kyste. D'ailleurs, elle est loin d'amener toujours la guérison, puisque les malades qui ne furent pas marsupialisés succombèrent. C'est dire la nécessité de pareilles opérations.

En résumé, de ces complications, seule la suppuration du kyste se voit assez souvent. L'ouverture tend à se faire plus rare de nos jours. La tendance à opérer précocement ne peut que diminuer encore la fréquence de cette dernière complication et améliorer le pronostic de ces malades.

D. — DIAGNOSTIC

Dans les pays à échinocoques, et en particulier en Algérie, toute hépatomégalie fait suspecter automatiquement une localisation hydatique, toute tumeur de l'hypocondre gauche fait penser à une échinococcose de la rate ou du lobe gauche du foie.

En effet, les manifestations fréquentes du parasite mettent en éveil l'esprit du clinicien. Systématiquement les recherches biologiques, les examens radioscopiques sont pratiqués.

Souvent les signes cliniques donnent à eux seuls suffisamment d'indications pour entraîner un diagnostic.

Celui-ci est délicat. Cependant DIEULAFOY a fait déjà remarquer qu'en présence d'une tumeur de l'hypocondre gauche c'est tout d'abord à la rate qu'il faut penser.

Le diagnostic se basera sur un ensemble de symptômes différents suivant la forme abdominale ou thoracique du kyste.

Kystes abdominaux

Dans cette forme, les caractères sont généralement assez nets. Le *diagnostic positif* se fera sur la constatation d'une tumeur de l'hypocondre gauche à limite inférieure variable et plus ou moins près de la ligne médiane, mais ne la dépassant pas. Elle est immobile à la respiration, à la palpation ou à la mobilisation du malade; elle est rénitente; la percussion donne généralement de la matité.

Tout cet examen est pratiqué le malade étendu en décubitus latéral droit, les cuisses fortement fléchies

afin de distendre au maximum la sangle abdominale. Cette position a, en particulier, l'avantage de faciliter la recherche de la *prolongation de la tumeur* sous les côtes, signe particulièrement important sur lequel SABADINI a insisté.

Diagnostic différentiel

Il doit être fait avec toutes les tumeurs abdominales. Parmi celles-ci, les *kystes du mésentère* ont, avec les kystes spléniques un certain nombre de caractères communs; il y a dans les deux cas des troubles dyspeptiques, des vomissements, des troubles intestinaux, tels que la constipation.

Cependant, ils font une saillie dans la région ombilicale, plutôt à droite, alors que nous venons de voir que le kyste hydatique de la rate dépasse rarement la ligne médiane. Ils sont très mobiles et présentent toujours en avant d'eux une zone sonore.

Les *lipomes* du mésentère ont la même symptomatologie que ces derniers et seront éliminés pour les mêmes raisons.

Le *kyste ovarien* gauche est assez volumineux, mais sa limite supérieure est convexe et n'atteint pas le rebord chondral. Il dépasse la ligne médiane et présente des signes vaginaux qui lui sont propres.

Ces différents diagnostics sont éliminés en grande partie grâce à la situation particulière dans l'abdomen et en particulier grâce au fait que la limite supérieure de ces différentes tumeurs ne remonte pas sous le rebord costal.

Aussi est-il plus difficile d'éliminer les tumeurs de l'hypocondre gauche même.

Les *tumeurs du rein*, cancer ou kyste, atteignant, en arrière, la colonne vertébrale, ont un développement moins important, surtout dans la partie inférieure de l'abdomen. Il existe une sonorité en avant de la tumeur due à l'estomac ou au côlon placés en avant. Un examen de l'arbre urinaire permettra de lever les doutes.

Les *kystes hydatiques du lobe gauche du foie* sont particulièrement délicats à éliminer et l'on n'y parvient pas toujours. MORTUREAUX prit un kyste hydatique du foie pour un kyste de la rate et BRAULT commit l'erreur inverse. La plupart de leurs signes cliniques sont communs. C'est une tumeur rénitente, immobile, non douloureuse. Elle est mate à la percussion et cette matité peut envahir l'espace de TRAUBE. Enfin, ici aussi ce kyste se prolonge sous le rebord costal gauche. La seule différence résiderait en ceci que le kyste du lobe gauche du foie n'atteint pas le flanc ni la région postérieure gauche lombaire. Ce sont des différences bien légères, qui pourront souvent faire hésiter. La radiographie apporte souvent dans ce cas une indication utile.

Les signes propres au kyste hydatique tels que la fluctuation ou le frémissement hydatique permettront de ne pas retenir les *splénomégalias médicales* et la grosse *rate paludéenne* en particulier. Ils permettront d'écarter une tumeur splénique, un kyste splénique non parasitaire ou hépatique. Ces diverses splénomégalias sont plus régulières, plus mobiles, mais les examens biologiques et radiologiques seront souvent nécessaires pour éviter toute erreur.

Kystes thoraciques

C'est presque uniquement un *épanchement pleural* qui a pu être confondu, dans les observations, avec un kyste hydatique de la rate. De nombreux signes sont communs aux deux affections; la toux, la dyspnée, le point de côté. Dans les deux cas la matité est étendue et remplit l'espace de TRAUBE, l'hémithorax est soulevé.

Cependant, dans le kyste de la rate, il n'existe pas de signes d'auscultation, pas de souffle, pas de pectoriloquie aphone, pas d'égophonie. La pointe du cœur est non pas déviée à droite, mais plutôt déplacée vers le haut. Dans un cas, SCHERB a constaté que la pointe du cœur battait dans le deuxième espace intercostal. Il y a également le *signe de Dieulafoy*., surélévation du mamelon gauche, traduisant l'exagération de la voussure costale; le *signe de Trinkler* dans lequel le malade porteur d'un kyste de la rate ne peut se coucher sur le côté gauche, alors que cette position est plutôt recherchée par le pleurétique. Enfin la matité thoracique descend davantage dans l'abdomen quand il s'agit d'un kyste hydatique.

Cependant un épanchement pleural pourra coexister avec un kyste de la rate. Cet épanchement réactionnel ou dû à l'ouverture du kyste dans la plèvre sera déterminé par la ponction: si l'épanchement est simplement réactionnel, la plèvre une fois asséchée, la matité correspondant au kyste sous-jacent subsistera. S'il y a eu ouverture du kyste, l'examen du liquide pleural dans lequel on trouvera des scolex fera le diagnostic.

Enfin, pour compléter l'examen clinique, il sera fait appel aux examens de laboratoire et à la radiographie.

Examens de laboratoire

Numération globulaire. — Elle indique généralement une éosinophilie de 4,10 % et même plus. En l'absence d'une autre parasitose, elle possède une certaine valeur.

La leucocytose et la polynucléose pourront amener à penser à une suppuration du kyste.

La réaction de WEINBERG-PARVA est assez inconstante, mais l'*intradermo-réaction de Casoni* a une grande valeur. Elle peut être absente dans certains kystes hydatiques ou au contraire, exceptionnellement être positive en l'absence de kyste, mais sa présence est un élément de poids en faveur de l'existence d'un kyste hydatique.

La ponction de la rate pratiquée pour confirmer un diagnostic ne se fait plus. De même qu'elle est proscrite dans le traitement, de même elle est proscrite formellement en raison des accidents graves de collapsus qu'elle peut provoquer. Elle n'est faite qu'après laparotomie et protection soigneuse à ciel ouvert.

La *radiographie* est évidemment un moyen d'exploration facile et peu dangereux, malheureusement inconstant.

Contrairement aux kystes hydatiques du poumon qui donnent le plus souvent à l'examen radioscopique une image assez caractéristique pour entraîner, sinon une certitude absolue, au moins pour créer une forte présomption, les kystes hydatiques de la rate, comme ceux du foie d'ailleurs, ne présentent en général aucune visibilité à l'écran et leur ombre ne tranche pas sur l'ombre splénique.

Mais s'il ne peut donner une image directe, l'examen radiographique montre les modifications apportées au volume et au contour de l'organe.

Elle montre dans les kystes abdominaux le déplacement de l'estomac, sa compression, son allongement. Le lavement baryté permet de reconnaître les compressions du côlon transverse et les rapports de la masse splénique avec le côlon descendant. Elle permet de deviner par le refoulement des viscères et du diaphragme la forme de la tumeur et permet sa différenciation avec le kyste du lobe gauche du foie.

Lorsqu'un début de calcification s'est fait dans le kyste l'image radioscopique peut être plus précise mais cette éventualité est assez rare. Exceptionnellement même on a pu voir, dans l'ombre de la rate, une masse plus sombre correspondant à la position du kyste. Cette découverte aura un grand intérêt pratique qui a été mis en lumière par SABADINI (cf. fig. 1).

L'observation de MICHON rapporte même un cas où le diagnostic a été fait grâce à la radio. Un kyste pulmonaire était soupçonné chez un malade qui avait présenté des hémoptysies suivies d'une vomique. En l'absence de signes cliniques, on l'examina à la radiographie. Celle-ci révéla l'existence d'un petit kyste du pôle supérieur de la rate qui s'était ouvert dans les bronches.

Enfin, l'examen radiographique pourra procurer en outre, des indications importantes pour la technique de l'intervention en précisant la mobilité de la rate, l'état du cul-de-sac pleural et des plages pulmonaires.



Observation II. — SABADINI.

Le refoulement de l'estomac à droite, de la masse intestinale en bas permet de deviner le contour de la rate. Le kyste est en partie visible.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Il a été étudié depuis longtemps, chacun apportant à la discussion sa façon de voir et son expérience.

Dans ces dix dernières années, cette question a été exposée souvent :

Par SILVESTRINI (*Chir. de la rate*, 1924), MILLS (*Surgery Gynecology and Obst.*, 1924, n° 4, p. 491), LEOTTA (*Congrès inter. de Chirur.*, 1926), LEHMANN (*neue Deutsch Chir.*, 1928), HIRSHFELD et MUHSAN (*Chir. de la rate*, 1930, p. 274).

Nous allons essayer d'exposer les principes de la chirurgie du kyste hydatique de la rate, suivant les différents auteurs.

Deux faits biologiques ont été à la base des méthodes de traitement des kystes hydatiques de la rate :

1° La toxicité du liquide hydatique, dont l'inoculation détermine, parfois des accidents anaphylactiques graves.

2° La septicité de ce liquide qui, disséminé dans les tissus ou évacué dans une cavité, contient en lui-même les éléments susceptibles de reconstituer un ou plusieurs kystes (échinococcose secondaire de DÉVÉ).

La conséquence thérapeutique de ces principes a été de supprimer toute ponction, de stériliser le liquide hydatique intra-kystique par un antiseptique, enfin de protéger le champ opératoire. QUÉNU et DÉVÉ ont conseillé l'emploi du formol à 1 %. Il était admis par tous que le traitement des localisations viscérales de l'échinocoque ne pouvait être que le traitement chirurgical.

Ces principes une fois posés, on a cherché une base anatomo-pathologique et chirurgicale, pratique, pour le traitement des kystes spléniques.

Le choix d'une technique opératoire est intéressant à préciser, mais à la lecture des travaux français et étrangers sur les kystes hydatiques de la rate, on voit combien leur traitement est différent suivant les auteurs. Certains préconisent la splénectomie comme traitement de choix (MICHON, CAVINA, FÉVRIER, JONESCO, VAUTRIN, CHAVANNAZ et GUYOT, NERSESSOW, GATTERSLEBEN, etc.), tandis que d'autres, soucieux de conserver un organe dont l'ablation n'est pas sans présenter des inconvénients et des difficultés, considèrent cette intervention radicale comme le plus souvent injustifiée (GUÉRIN, TUFFIER, CIGNOZZI, COSTANTINI, WAROT, OULIÉ, BRESSOT, BRUX, SABADINI, etc.).

Deux faits principaux, nous l'avons vu, dominent l'anatomie pathologique du kyste hydatique de la rate.

1° Le kyste présente un développement énorme, presque toujours hors de proportion avec le volume de la rate elle-même.

2° Les adhérences de la rate parasitée avec les organes voisins sont très fréquentes; en particulier le diaphragme, les côlons, le lobe gauche du foie, l'estomac ne peuvent être le plus souvent séparés de la rate sans entraîner une hémorragie plus ou moins importante.

C'est pourquoi une exérèse de la rate, bien qu'elle reste possible avec les techniques modernes entre les mains d'un chirurgien habile, apparaît difficile et entraîne des risques qu'il convient le plus possible d'éviter.

D'autre part, de même qu'un procédé spécial est appliqué suivant les différentes localisations du kyste hydatique hépatique, de même, il faut intervenir avec une technique différente, suivant que l'on a un kyste splénique abdominal ou thoracique.

Enfin, un élément qui, ici, commande la méthode que le chirurgien va adopter, c'est la constatation du contenu clair ou purulent de la rate.

En résumé, c'est l'étendue des adhérences, la localisation du kyste, la nature de son contenu qui fixent la méthode et la technique du traitement des kystes hydatiques de la rate.

LES MÉTHODES

La ponction du kyste

Nous ne citerons ce procédé qu'au point de vue historique. Même suivie d'injection parasiticide, la ponction est aujourd'hui abandonnée.

Elle est, en effet, sans action sur l'évolution ultérieure de la maladie hydatique, car elle ne peut évacuer que le liquide hydatique contenu dans la membrane-mère, laissant intactes de nombreuses vésicules-filles.

Elle présente, en outre, un danger certain car, en plus des accidents de choc qu'elle peut provoquer, elle risque le plus souvent d'ensemencer l'organisme.

Des statistiques anciennes ont cité des améliorations et même des guérisons.

Dans une statistique de 1897 faite par VANVERTS, on trouve 5 guérisons, 2 guérisons incomplètes et 17 récidives. Sur 34 cas de ponctions signalées, le même auteur n'a noté que 7 morts. Plus récemment SABADINI a noté de nombreuses récidives qui se sont terminées

soit par une ouverture spontanée du kyste, soit par l'intervention chirurgicale. Sur 16 cas ponctionnés, cet auteur n'a trouvé qu'un seul cas mortel.

Aussi, est-ce avec juste raison que la ponction est aujourd'hui rejetée comme moyen thérapeutique des kystes hydatiques de la rate.

Les méthodes thérapeutiques que l'on emploie aujourd'hui dérivent de deux principes différents : l'exérèse et la conservation de la rate .

Elles comprennent :

La splénectomie.

La résection du kyste.

L'énucléation avec fermeture immédiate.

L'énucléation du kyste suivie de drainage ou marsupialisation.

1° *Exérèse*

a) *La splénectomie.*

Elle est dans son principe la plus logique. Opération radicale elle ne laisse pas dans le parenchyme splénique des kystes très petits qui passent fatalement inaperçus.

Elle est plus simple que la marsupialisation en ce sens que le chirurgien n'a plus à prendre autant de précautions pour éviter la dissémination des vésicules-filles, au moment de l'ouverture de la poche kystique.

L'atrophie souvent très marquée du parenchyme splénique permet de négliger un organe dont la valeur fonctionnelle est souvent réduite à peu de chose.

Enfin, elle pare aux accidents de suppuration et d'éventration post-opératoire.

C'est KOEBERLÉ, en 1873, qui la réalisa pour la première fois. Il fut suivi par CRÉDÉ, THORNTON, FEHLIEN, BERGMANN, DURANTE, BIONDI, WRIGHT, MAS (en

1889), TADDEI, NOVARO. VANVERTS la considère comme le procédé de choix. Sa statistique de 1897 portant sur 18 cas, donne 15 guérisons, soit une mortalité de 16,5 %. Il convient de citer également TONNESCO, MARTIN, TRICONI, TÉDENAT, PARLAVECCHIO, FÉVRIER, etc.

b) *La résection.*

Nous ne nous étendrons pas sur ce procédé. Il nécessite pour être pratiqué une condition anatomique assez rarement rencontrée: la pédiculisation du kyste. OLIVIER, MABIT, MARTIN ont pu l'entreprendre avec succès.

On ne saurait l'employer dans les kystes développés au pôle inférieur de la rate. Ce serait alors une splénectomie partielle et par conséquent une opération très dangereuse. Dans le tissu splénique friable, les sutures ne tiennent pas, elles coupent et entraînent des hémorragies redoutables (QUÉNU, SNEGUIREFF). Aussi a-t-elle été rarement pratiquée et SABADINI n'en a-t-il recueilli que 9 cas.

2° *Les méthodes conservatrices*

a) *L'énucléation avec fermeture immédiate.*

Elle est également désignée sous le nom d'énucléation sans drainage.

Déjà THORNTON, en 1883, l'avait employée, mais accidentellement. C'est surtout BOND, en 1891, qui l'a préconisée et, en 1895, Pierre DELBET, en France, l'a vulgarisée en ajoutant son procédé de capitonnage.

Elle se rapproche beaucoup de la marsupialisation dont les premiers temps sont d'ailleurs communs. Après ouverture et évacuation du liquide hydatique et des vésicules, on désinfecte le kyste par l'injection d'une solution de formol et on enlève la membrane-

mère. Elle n'en diffère que dans les derniers temps. La poche du kyste est fermée par une série de points de suture. Le kyste vidé est alors abandonné dans l'abdomen. De plus en plus on tend à le fixer à la paroi antérieure, suivant le procédé de LLOBET-VARSI.

b) *L'énucléation suivie de drainage.*

C'est la marsupialisation. Elle est avec la splénectomie, la méthode la plus souvent suivie.

Déjà, LINDEMAN-LANDAU l'avait préconisée. Les premiers temps de l'opération répondent à un but précis. Nous venons de les voir avec l'énucléation sans drainage. On évacue la totalité du kyste: liquide hydatique, vésicules-filles, ablation de la membrane-mère. Comme la précédente, elle n'est pas choquante et une anesthésie locale suffit pour son exécution, par ailleurs assez rapide.

Mais sa différence essentielle et son avantage, c'est de rendre aisée la surveillance des hémorragies secondaires ou de l'infection consécutive.

Que faut-il penser de ces méthodes?

La splénectomie

Elle est simple et logique dans sa conception. Mais son exécution est rendue particulièrement pénible et difficile par les adhérences que la rate malade contracte avec l'estomac, les côlons, le diaphragme, la queue du pancréas, la paroi postérieure. Il faut disséquer le contour de cette tumeur kysto-splénique généralement volumineuse; rechercher et lier un pédicule que les adhérences ont souvent englobé et noyé. Aussi l'intervention est-elle longue, choquante. Il est difficile d'assurer l'hémostase des surfaces cruentées.

Les quelques observations que nous citons montrent les ennuis qu'entraîne le suintement hémorragique, de la face inférieure du diaphragme en particulier, et qui ne sont pas pour rendre la méthode inoffensive.

L'indication de cette intervention est donc étroitement limitée.

Elle peut se poser dans les vastes kystes suppurés qui ont refoulé et réduit à une mince membrane le parenchyme splénique. La marsupialisation, dans ce cas, peut entraîner une fistule plus ou moins longue à guérir et la splénectomie peut alors lui être préférée, mais à la condition que l'état général du malade soit tel qu'il puisse sans risque supporter l'intervention, que la rate soit mobile, ou tout au moins entourée d'un minimum d'adhérences faciles à libérer. Ce sont des conditions formelles qui ne supportent aucune exception.

Un petit kyste central ou profond nécessitant pour être abordé une traversée trop grande de parenchyme splénique, ce qui pourrait être la cause d'une hémorragie sévère, peut poser également l'indication d'une splénectomie, mais là encore, sous les réserves que nous indiquons plus haut; sinon il semble qu'il serait préférable d'attendre l'évolution vers la périphérie comme cela se fait pour les petits kystes hilaires du poumon.

Enfin, la splénectomie peut encore être envisagée pour les rates comportant plusieurs kystes suppurés ou non, car on admet qu'il s'agit alors d'inoculation secondaire et rien ne peut faire prévoir que plusieurs d'entre eux, encore en voie de formation ne se développeront pas ultérieurement.

Mais là aussi les conditions formelles ci-dessus posées pour toute splénectomie se retrouvent. Mieux vaut

la crainte d'une récidive possible qu'une intervention présentant alors de multiples aléas.

Si l'on ne tient pas compte de la gêne certaine, si bien compensée qu'elle soit, qu'apporte la suppression d'un organe dont la valeur fonctionnelle peut être en grande partie conservée, les statistiques de la splénectomie se rapprochent sensiblement de celles de la marsupialisation.

VANVERTS, partisan convaincu de la méthode, indique une mortalité de 16,5 % en 1897 (18 cas, 15 guérisons), FÉVRIER, en 1901, citant les trois cas heureux de MOULOUQUET, CARNATEL et SLAVCHEFF ramène ce chiffre à 14,3 % (18 guérisons sur 21 cas).

En 1901, LEONTÉ, en Roumanie, trouve une mortalité élevée de 33,3 % (12 cas, 5 guérisons). La même année TÉDENAT indique 28,5 % (7 cas, 5 guérisons), tandis que MUSCATELLO ne trouve que 14,2 %. WAROT, en 1905, cite 11,1 %, THORNTON, aux Etats-Unis, en 1908, donne 17,8 % et cite les 8 cas heureux survenus depuis 1900: CARBANEL, SLAVCHEFF, TRICONI, LATARJET, TORDON, GIANNETTASIO, VON HENZEL.

MARTIN, en 1908, note 2 morts sur 3 splénectomies. FOWLER accuse 17 % en 1911 et, reprenant la question en 1922, ramène ce chiffre à 15 % (48 cas, soit 46 pour FINKELSTEIN, 1 pour SHERRER, 1 pour HILZOT).

En 1924 MILLS, reprenant tous ces cas (56), trouve un pourcentage de 14,9 % de mortalité et SABADINI, en 1935, donne 20,5 % sur 68 cas.

PARTSCH accuse les hémorragies post-opératoires dues à la rupture des adhérences kysto-diaphragmatiques d'être la cause d'une pareille mortalité.

Aussi, la splénectomie est-elle déconseillée par QUÉNU, CHAINTRE, BESNIER, MORTUREUX, MORESTIN, WAROT, CROS, BLUM, WEGAS et CRANWELL, CIGNOZI, ROCHE-POULET.

En résumé, nous poserons comme principe que la splénectomie est une intervention toujours sérieuse, qu'elle supprime un organe, sinon indispensable, du moins utile. Ni la situation du kyste, ni son contenu, ni l'état apparent du parenchyme splénique — car cette dernière constatation est bien trompeuse — ne peuvent à eux seuls décider d'une intervention radicale et justifier une splénectomie.

L'énucléation sans drainage

Cette méthode présente des avantages certains: la cicatrisation par première intention est rapide, les risques d'infection secondaire et de fistulisation y sont réduits au maximum.

Mais pour cela, il faut un kyste unique et aseptique, d'accès superficiel facile. Ce sont là des conditions essentielles, souvent rencontrées d'ailleurs et que le Professeur COSTANTINI a rappelées.

Il ne faut pas s'attendre, dans tous les cas à une réunion *per primam*. Plus fréquemment que pour le foie, le chirurgien est souvent amené, à trois ou quatre jours d'intervalle, à pratiquer *in situ* deux ou trois ponctions successives pour évacuer le liquide qui se reforme.

En fait, il se produit de sérieux retards dans la cicatrisation. Souvent la poche kystique ainsi refermée est le siège d'un hématome ou d'une suppuration. L'opérateur doit ponctionner et intervenir à plusieurs reprises. Sur dix kystes hydatiques de la rate, OULIÉ pratiqua cinq fois une énucléation avec fermeture immédiate. Il en publia quatre cas à la Société de Paris (28 juin 1930). Un seul fut guéri deux mois après l'intervention. Les trois autres durent être ré-opérés: l'un quinze jours après suppura et il fut néces-

saire de pratiquer un débridement et un drainage. Un autre dut, au bout d'un mois, être à nouveau incisé et drainé et ne fut guéri que cinq mois après. Le troisième dut subir, trois mois après l'opération, treize ponctions successives. Enfin un cinquième cas qu'il communique à SABADINI est analogue. Dix jours après l'intervention il fallut faire trois ponctions successives qui retirèrent 700, 600 et 400 grammes de liquide. Quelque temps après il fallut débrider sous anesthésie générale et intervenir encore quatre mois après, car la poche contenait un pus verdâtre et épais.

De même GUEDJ, à l'hôpital de Constantine, dans une observation inédite que nous citons plus loin dut ponctionner ultérieurement un volumineux hématome kystique; REVEL dut débrider une fistule qui s'était formée spontanément.

De pareils incidents post-opératoires dans les mains de différents chirurgiens de la même école ne plaident pas en faveur de la méthode.

La statistique de SABADINI porte sur un trop petit nombre de cas pour donner une idée exacte des résultats de la méthode: 15 observations, 2 morts, soit 13,3 % de mortalité.

Il semble cependant que ses indications restreintes ne peuvent apporter une amélioration notable au traitement du kyste hydatique de la rate.

La marsupialisation

De nombreux reproches lui sont adressés:

Lorsqu'il y a plusieurs kystes, certains passent trop facilement inaperçus.

Elle provoque l'apparition de fistules suppurantes interminables.

Elle rend possible une éventration ultérieure.

En fait, un organe aussi petit que la rate se laisse facilement explorer en cours d'opération; l'investigation porte aussi bien sur sa surface, que dans son parenchyme, grâce à l'examen de la paroi interne du kyste. D'ailleurs, la coexistence de plusieurs kystes dans la rate n'est pas très fréquente. Sur plus de 200 observations, SABADINI ne l'a trouvée que 12 fois (7 observations indiquent 2 kystes ; une 3 kystes ; une 4 ; une 5 ; 2 observations où la rate en contenait plusieurs .

De même il suffit de revoir les observations récentes pour se convaincre que la fistulisation ou la suppuration, quand elles se produisent, ont généralement une courte durée. C'est qu'on s'appuie pour ces critiques, sur des observations anciennes relatant des suppurations de 6 à 10 mois. Un opéré d'ALBERT présentait une fistule de 26 centimètres qui dura 18 mois. Ces accidents étaient dus à une ponction septique intempestive et au manque d'asepsie opératoire.

Les statistiques actuelles permettent de ramener les complications de la marsupialisation à une importance plus réduite.

SABADINI sur 83 marsupialisations (dont 5 thoraciques) trouve que la moyenne de durée de la fistule a été de un à deux mois. Encore, n'y a-t-il que rarement une suppuration importante, mais ce sont plutôt des fistules banales ne donnant plus rapidement qu'une sérosité louche; 3 cas seulement ont eu une durée de 7 mois; une observation de un an.

Ces résultats sont à rapprocher des complications des malades splénectomisés ou traités par l'énucléation avec fermeture immédiate: ceux-ci présentent souvent des hématomes, des abcès nécessitant des ponctions

répétées; quelquefois même, l'opérateur est amené à intervenir à nouveau. Des fistules, même très longues à se fermer, se sont produites.

Les mêmes observations peuvent être faites à propos de l'éventration que provoquerait la marsupialisation. En 1904 QUÉNU, à la Société de Chirurgie de Paris, a montré qu'une petite ouverture dans une marsupialisation, met à l'abri des éventrations post-opératoires. Depuis, cet accident n'a plus été signalé.

Il convient donc, pour l'éviter, de prendre certaines précautions: On pratique une ouverture du kyste assez étroite, 2 à 3 centimètres suffisent et même, la membrane-même retirée, on rétrécit l'ouverture pour n'admettre que le passage d'un gros drain. Enfin, la paroi sera refaite soigneusement plan par plan autour du drainage.

Il faut donc revoir les résultats anciennement publiés. De 1880 à 1887 la mortalité secondaire à la marsupialisation est tombé de 50 à 30 %. De nos jours les résultats sont bien meilleurs. En 1913, PARLAVECCHIO trouve 17 % de mortalité dans la marsupialisation (il indique 14,5 % au cours des splénectomies). CAVINA dans une statistique purement italienne trouve une mortalité de 1,2 % et 0,8 % pour les splénectomies. En 1924 SILVESTRI cite les chiffres élevés de 22,2 % pour la marsupialisation, 16,6 % pour l'énucléation sans drainage, 16 % pour la splénectomie.

Cependant les chiffres que donne SABADINI montrent un rapport inversé. Sur 85 marsupialisations, il compte 8 décès, soit un pourcentage de 9,4 %, alors que 68 splénectomies ont donné 14 morts, soit une mortalité de 20,5 %.

Evidemment, les chiffres très différents de ces diverses statistiques montrent l'imprécision de ces dernières. De toute façon, si l'on veut bien admettre que la

marsupialisation est surtout pratiquée chez des malades affaiblis ou infectés, ce qui grève lourdement les résultats, on peut admettre qu'une meilleure technique de la marsupialisation en a considérablement amélioré le pronostic.

Aussi, ses succès récents, au moins équivalents à ceux de la splénectomie en ont-ils élargi notablement les indications.

L'opinion des chirurgiens de l'Argentine et de l'Uruguay, au sujet du traitement des kystes hydatiques de la rate, est intéressante à consulter car, par le nombre d'affections hydatiques qu'ils observent, ils sont susceptibles d'émettre un avis autorisé.

Ceux-ci réservent la splénectomie pour les kystes spléniques multiples non adhérents, lorsque le parenchyme splénique est presque complètement détruit par un énorme kyste clair. Ces cas forment une minorité.

Lorsque le kyste est clair et petit, il conseillent l'énucléation avec fermeture immédiate (LAGOR GARCIA, en 1908 en cite 5 cas chez des enfants).

Dans les kystes suppurés, ces auteurs estiment que seule convient la marsupialisation .

Nous allons retrouver, avec des indications plus étendues dans la marsupialisation, ces observations dans les indications thérapeutiques.

Les indications thérapeutiques.

Le choix d'une thérapeutique opératoire est intéressante à préciser, sans doute, mais il est certainement vain de vouloir ramener le traitement des kystes hydatiques de la rate à un certain nombre de règles intangibles.

Il y a lieu, semble-t-il, d'être éclectique dans l'indication thérapeutique et de se baser surtout, pour le choix du procédé opératoire sur les constatations anatomiques locales que la laparotomie exploratrice permet de constater. Il y a déjà vingt ans que DIEULAFOY, dans une admirable leçon sur les kystes hydatiques de la rate rappelait que les conditions anatomiques devaient créer des indications thérapeutiques différentes.

Posant en principe qu'il doit s'efforcer de faire une intervention simple, non choquante, mais mettant le malade à l'abri des complications post-opératoires, l'opérateur doit toujours avoir en vue l'idée directrice suivante: faire un traitement le plus radical possible pour le kyste et le plus conservateur possible pour la rate. C'est dire, dès à présent, que l'exérèse appliquée à tous les cas est une exagération thérapeutique.

L'indication thérapeutique peut être étudiée, au point de vue anatomo-pathologique sous différents aspects:

Le kyste peut être:

Petit ou volumineux.

Clair ou suppuré.

Libre ou adhérent.

Chacun de ces éléments, volume, nature du contenu, présence d'adhérences correspond, en pratique, à un certain nombre de cas particuliers dont le traitement repose sur les bases suivantes:

L'adhérence de la rate parasitée aux organes voisins est une contre-indication de l'exérèse.

Lorsque le kyste est petit, le tissu splénique existe encore en abondance, l'organisme ne doit pas en être privé. Les méthodes conservatrices seront alors préférées.

Au contraire, quand le tissu splénique est très altéré et qu'il n'a pas contracté d'adhérences — ce qui, nous l'avons vu, est loin d'être fréquemment rencontré — il est plus indiqué de faire une splénectomie.

Enfin, si des adhérences se sont formées, la réduction sans drainage ou la marsupialisation seront pratiquées.

Les *kystes clairs, petits, libres* ou adhérents ont peu altéré le tissu splénique. Ce dernier doit donc être conservé. Ici, la logique conseille l'énucléation avec fermeture immédiate et accolement de la paroi abdominale (LOBET-VARSI). La cavité, petite se comblera facilement. La guérison surviendra sans incident, sans ponction ultérieure, sans intervention nouvelle.

Les *kystes clairs volumineux et libres* ou les *kystes clairs multiples*, ayant détruit la presque totalité de l'organe, relèveront de la splénectomie. La rate détruite n'a plus à être conservée, l'absence d'adhérences facilitera cette exérèse. Par contre SABADINI préconise la marsupialisation dans les gros kystes clairs et adhérents. Elle seule met à l'abri des complications post-opératoires dans le cas de gros kystes adhérents.

Enfin, les *kystes suppurés*, quels qu'ils soient, relèvent tous de la marsupialisation. L'avis des chirurgiens est sur ce point unanime.

Si le *kyste* est *pédiculé*, la résection paraît indiquée, quel que soit l'état du kyste, petit ou volumineux,, suppuré ou clair. Encore cette résection doit-elle être d'exécution facile, sans risques ni manœu-

vre pénible, sinon les méthodes conservatrices reprendront leur droit.

Les *kystes compliqués* doivent être traités chirurgicalement. L'ouverture spontanée, en effet, ne guérit pas le kyste.

L'apparition d'une hydatithémèse, d'une vomique hydatique, d'une hydatidentérie est une indication formelle d'opérer.

La même méthode que la majorité des chirurgiens admet pour le traitement des kystes hydatiques hépatiques sera ici employée: l'énucléation suivie de drainage.

Les kystes spléniques peuvent s'ouvrir dans la cavité péritonéale. La première observation que nous citons, montrant l'accouchement dans l'abdomen d'un kyste dont la membrane-mère était intacte est une chance beaucoup trop rare pour être espérée. L'intervention a pu être là pratiquée sans risque .

Presque toujours, le contenu kystique fait irruption dans le péritoine. Quelquefois, cette complication ne s'accompagne que de signes restreints. L'indication d'urgence n'apparaît pas à l'esprit du chirurgien. La constatation d'une échinococcose péritonéale est alors une surprise d'intervention.

Le plus souvent, l'ouverture du kyste dans le péritoine a lieu brutalement et s'accompagne de signes dramatiques qui imposent l'urgence de l'opération. Dès l'ouverture de l'abdomen il convient de vérifier soigneusement les gîtes anatomiques de l'échinococcose péritonéale suivant les indications du professeur COSTANTINI. Ici, c'est le cul-de-sac de DOUGLAS qu'il faut assécher complètement autant que la grande cavité,

afin d'éviter le développement ultérieur d'une échinococcose pelvienne.

Enfin le kyste splénique peut coexister avec un kyste hydatique localisé dans un autre organe (foie, poumon etc.) Quel est le kyste qu'il faudra opérer le premier ?

Si l'évolution de ces kystes est déjà avancée, c'est le kyste le plus menaçant, le plus susceptible de donner rapidement des complications qui sera le premier traité. Si les kystes n'ont pas encore un développement important, il conviendra plutôt de commencer par l'opération la moins choquante et par conséquent de traiter d'abord le kyste le plus facilement abordable. Le malade supportera mieux alors la seconde intervention,

En résumé, les méthodes d'exérèse ou de conservation ne doivent pas s'affronter, chacune comportant des indications précises. On peut cependant remarquer que les méthodes d'exérèse sont des procédés d'exception. La splénectomie ne paraît indiquée que lorsqu'il s'agit de gros kystes ou de kystes multiples, libres d'adhérences et ayant détruit presque complètement le parenchyme splénique.

La résection ne s'applique qu'aux kystes pédiculés, à condition qu'ils soient libres.

Les kystes compliqués sont le plus souvent justiciables de la marsupialisation.

Les méthodes conservatrices sont bien plus souvent indiquées. Dans les kystes clairs, l'énucléation avec fermeture immédiate de LLOBET-VARSI pourra être employée. Mais si l'on admet avec SABADINI que les gros kystes clairs adhérents relèvent également de la

marsupialisation, ces derniers étant particulièrement nombreux, c'est la marsupialisation qui sera la méthode le plus souvent suivie.

La radiographie pourra être d'un grand secours lorsque l'on voudra préciser la voie d'abord, abdominale ou thoracique, c'est-à-dire rechercher la position et le développement du kyste.

En effet, certains kystes, affleurant en bas le rebord chondro-costal, ne seront pas drainés par la voie trans-pleurodiaphragmatique. Il sera bon d'employer pour ces drains la voie sous-chondrale : celle-ci a l'avantage d'être moins mutilante, plus rapide et placée au point déclive.

C'est pourquoi, il est utile de déterminer dans la mesure du possible l'étendue exacte du kyste et voir si le parenchyme n'a pas été refoulé dans l'abdomen.

A la radio, la limite inférieure de la rate est souvent bien donnée par la position de l'angle colique gauche ⁽¹⁾. Lorsque une teinte supérieure plus sombre tranche sur une partie moins dense, plus floue, marquant la partie postérieure de la rate parasitée, on peut penser que la tumeur est probablement développée dans la région supérieure et la voie trans-pleuro-diaphragmatique sera plus avantageuse. Le drainage abdominal sera plutôt indiqué lorsque l'ombre splénique apparaît plus uniforme, de la coupole diaphragmatique plus ou moins soulevée jusqu'au pôle inférieur.

Une autre manœuvre utile est la ponction exploratrice de la plèvre, dans les cas où la radio ou la clinique auront révélé un épanchement pleural.

Celui-ci pourra traduire soit un kyste pulmonaire coexistant, soit une ouverture transdiaphragmatique

(1) BRUN. — *Bull. et Mem. de la Soc. de Chirur.*-Séance du 14 nov. 1934.

de la tumeur splénique. La ponction permettra de faire la discrimination nécessaire en montrant soit un épanchement strictement réactionnel, soit un épanchement hydatique dans lequel les crochets et les scolex apparaîtront.

Si par ce moyen, on peut acquérir la certitude d'une ouverture dans la plèvre, il est intéressant de savoir si le drainage seul du kyste suffit ou s'il est nécessaire d'y adjoindre une pleurotomie. Il paraîtra sans doute plus avantageux de ne pas pratiquer dans la même séance cette deuxième ouverture. En effet, après avoir marsupialisé le kyste, il peut arriver, l'ouverture transdiaphragmatique étant suffisante, que l'épanchement disparaisse grâce au drainage seul du kyste. Sinon, et à ce moment seulement, on pratique dans un deuxième temps une pleurotomie évacuatrice.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Deux voies d'accès sont possibles pour opérer les kystes hydatiques de la rate :

La voie abdominale.

La voie thoracique.

1° La voie abdominale

Une mise en place favorable du malade sur la table d'opération facilite l'accès de l'hypocondre gauche. Pour accentuer l'ouverture de cette région, le malade est placé en lordose dorsale. Celle-ci sera dorsale inférieure et non lombaire. Elle est obtenue, soit par l'appareil de PILLIET, soit plus simplement par bascule de la table opératoire (TRENDLENBOURG inversé).

La masse intestinale ayant toujours tendance à recouvrir l'hypocondre gauche, il sera utile de faire

mettre le malade en scoliose droite. Pour cela, celui-ci est légèrement incliné sur le côté droit et, de plus, la table est également inclinée à droite.

Les incisions d'abord sont assez nombreuses. Les trois principales qui sont les plus classiques parce que plus régulières et peu traumatisantes sont :

L'incision oblique de LANE.

L'incision transversale.

L'incision sous-costale de HARTMAN.

La première, l'incision de LANE, est étroite, elle ne permet pas une exploration suffisante de la région. Aussi paraît-elle assez peu pratique pour atteindre les kystes spléniques.

L'incision transversale, de même, ne découvre pas suffisamment l'hypocondre.

L'incision d'HARTMAN, plus longue que la précédente, permet une exploration complète. En cas de besoin, on peut y adjoindre une incision supplémentaire.

Dès que l'abdomen est ouvert, le chirurgien explore soigneusement la rate, vérifie son état, en contrôle le volume et reconnaît ses adhérences. Cet examen est important, car c'est lui qui décidera de la méthode à employer.

Le champ opératoire, protégé par des compresses imbibées de formol à 1 %, l'opérateur ponctionne le kyste. L'évacuation du liquide hydatique se fait à l'aspirateur électrique ou, à défaut, au trocart. On se rend compte alors de la nature du contenu du kyste, clair ou purulent, et on injecte une certaine quantité de formol destinée à aseptiser le restant du liquide et qui est aspirée ensuite. Cette manœuvre est recommandée à deux ou trois reprises, puis on évacue à la curette les vésicules-filles par l'ouverture légèrement agrandie. Enfin, on procède à l'extraction de la membrane-mère.

L'examen de la rate fait au début de l'opération et la nature du contenu du kyste reconnue ont fixé la méthode opératoire à employer.

La splénectomie.

Ses difficultés plus ou moins grandes vont modifier certains temps de son exécution.

Si la rate ne présente pas d'adhérences ou n'en présente que très peu, elle sera extériorisée assez facilement, d'autant plus que l'évacuation du contenu en a diminué le volume. La ligature des deux pédicules vasculaires, antérieur et postérieur, se fait séparément. Ils sont ensuite sectionnés.

Si les adhérences sont plus nombreuses, l'opération est plus délicate. Il faut commencer par lier le pédicule avant toute tentative de décollement. L'exérèse est ensuite pratiquée en partant du hile vers la paroi costale (décollement spléno-pariétal de LOMBARD). Il est en effet plus facile de trouver, en dedans, un plan de clivage dans lequel les doigts pénètrent et se dirigent vers la paroi costale. La rupture des adhérences avec le diaphragme se fait en dernier lieu, car on sait que celles-ci sont le plus souvent responsables des petites hémorragies qui peuvent se produire.

Enfin, lorsque les adhérences sont très importantes, il sera généralement nécessaire de se donner du jour.

Pour cela, le Professeur COSTANTINI préconise d'ajouter à l'incision de HARTMAN, une petite incision verticale paraxyphoïdienne qui sectionne également le rebord chondral. Le jour ainsi obtenu est alors assez important.

On procède à la ligature du pédicule et on pratique la splénectomie sous-capsulaire décrite par LOMBARD : la rate, contenant le kyste intact, est attirée vers la

sortie et l'on sectionne la capsule après avoir trouvé un plan de clivage.

SABADINI préconise un procédé dérivé de celui que l'on emploie pour enlever une vésicule biliaire noyée dans un magma important d'adhérences. Le kyste étant ouvert, l'opérateur y introduit la main, s'en coiffe en quelque sorte, puis cherche au bistouri ou aux ciseaux courts le plan de clivage sous-cortico intrakystique de VOGT.

Les difficultés rencontrées dans l'exécution de ces techniques expliquent assez les mauvais résultats de la splénectomie dans les cas d'adhérences importantes.

L'énucléation sans drainage.

Après évacuation et formolage, la brèche kystique est fermée et les lèvres obturées sont fixées à la paroi suivant la méthode de LLOBET-VARSI.

La marsupialisation.

On a ponctionné le kyste, désinfecté sa cavité par une solution de formol et extrait la membrane-mère.

On explore, alors, soigneusement le fond de la tumeur et la surface de la rate pour vérifier s'il n'existe pas un deuxième kyste, soit en plein parenchyme, soit sous le cortex. Si ce deuxième kyste existe, suivant sa localisation et la commodité de l'opération, on l'ouvre soit par une incision dans le fond du premier kyste, soit, au contraire, directement.

L'importance de l'épaisseur du parenchyme existant entre les deux kystes décidera si l'on doit effondrer cette séparation pour n'avoir qu'une cavité ou, au contraire la conserver et drainer les deux kystes séparément.

Pour terminer, on introduit dans la cavité un gros drain autour duquel on retrécit la brèche kystique. Ce drain est fixé à la paroi abdominale que l'on ferme en partie mais soigneusement plan par plan.

SABADINI fait remarquer l'intérêt qu'il y a, dans les gros kystes, à ne pas drainer au point déclive. En effet, drainer au point le plus bas, c'est fixer à la paroi la partie inférieure de la cavité, empêcher sa rétraction et son ascension. En rendant la poche irréductible, on compromet la guérison, on risque un hématome ou une infection. Il paraît donc préférable d'établir le drainage sous le rebord costal.

Enfin, lorsque les sécrétions auront diminué, on fixera un drain d'un calibre plus petit.

2° La voie thoracique

C'est une thoraco-phrénotomie suivie de marsupialisation. Elle ne se fait que dans les kystes dont le développement strictement thoracique a peu abaissé la limite inférieure de la rate.

Le développement supérieur du kyste a étendu les rapports de la rate.

Celle-ci, normalement, se projette au niveau des neuvième et dixième espaces intercostaux, sur la ligne axillaire moyenne. Elle est séparée de la paroi par le sinus costo-diaphragmatique contenant le cul-de-sac pleural.

La rate malade peut remonter jusqu'au niveau du quatrième et même du deuxième espace intercostal, en arrière affleurer la colonne vertébrale, en avant le rebord chondro-sternal et atteindre le bord gauche du sternum.

Bien que le kyste puisse être abordé par la voie transcosto-diaphragmatique, l'incision sera plutôt tra-

cée sur la ligne axillaire moyenne, d'un accès plus commode.

On fait soit l'incision classique qui suit l'espace intercostal, oblique en bas et en avant, soit, comme le Professeur COSTANTINI une incision verticale de la septième à la dixième côte : cette dernière permet la résection facile de deux à trois côtes si cela est utile.

Généralement, on ne résèque quelques centimètres que sur la neuvième côte. On traverse la plèvre et on obstrue la brèche avant d'inciser le diaphragme. Les adhérences fréquentes qui unissent le kyste au diaphragme facilitent cette incision. Si ces adhérences font défaut, après avoir exploré la tumeur, on sera souvent amené à profiter de la possibilité laissée par l'incision verticale pour augmenter le jour par l'incision d'une côte sus ou sous-jacente.

Ceci fait, les temps suivants de l'opération sont semblables à une marsupialisation abdominale.

IVANISSEVITCH ⁽¹⁾ préconise comme voie d'accès la thoraco-phréno-laparotomie.

Celle-ci se fait en employant, soit la technique de COSTANTINI, soit celle de MEROLA.

Mais elle n'est pratique que pour une splénectomie ; aussi est-elle rarement à employer puisque l'exérèse est ici particulièrement mal commode.

La thoraco-phrénotomie convient mieux à l'opération la plus courante dans les kystes spléniques thoraciques qui est la marsupialisation.

Elle seule donne des résultats supérieurs avec un minimum de risques, grâce à sa technique plus simple, plus facile, plus rapide et moins choquante.

(1) IVANISSEVITCH O. — Quistes hiditidicos del bazo su tratamiento quirurgico. — *Bol. Inst. de Clin. Quir.*, 1929, t. 5, pp. 209-214.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Communiquée par M. SABADINI)

RUPTURE SPONTANEE D'UN KYSTE HYDATIQUE. —

Accouchement intrapéritonéal d'une monstrueuse vésicule hydatique intacte pesant 4 kg. 800. Marsupialisation. Guérison.

Le 16 juillet 1933, à 17 heures, nous sommes appelé à l'hôpital civil de Mustapha auprès d'un homme de 42 ans hospitalisé pour un syndrome abdominal aigu.

Dans la matinée, en se levant un peu brusquement d'une chaise, il ressent une très violente douleur dans l'hypocondre gauche, douleur syncopale qui le courbe en deux, sur place. Elle dure quelques minutes, se calme, puis reprend quelques heures après. Quoique moins intense, elle persiste cependant et l'oblige à entrer à l'hôpital.

L'interrogatoire nous renseigne sur ses antécédents. Depuis un an, il est soigné pour une splénomégalie volumineuse. Des radiographies pratiquées et qu'il nous communique, nous montrent en effet un déplacement total vers la droite de l'estomac (qui est vertical et allongé) et du côlon gauche. Son médecin traitant avait pensé à un abcès de la rate (?), la réaction de CASONI ayant été, paraît-il, négative.

A l'examen, on est frappé immédiatement par une déformation considérable de l'hypocondre et de la fosse iliaque gauche, qui sont très fortement soulevés. La palpation montre à ce niveau une tumeur, envahissant ces deux régions, descendant en bas jusqu'à l'arcade de Fallope. Elle s'arrête nettement par un rebord arrondi en

dedans, vers la ligne médiane. Il *n'existe pas de contraction abdominale*, ce qui permet de noter que cette masse est rénitente.

Sa percussion donne une matité hydrique, qui remonte en haut jusqu'à la cinquième côte, arrive à l'arcade crurale en bas, et s'arrête nettement sur la ligne médiane.

Cette matité est immobile lors des mouvements du malade. En outre, il n'existe aucune matité liquidienne dans le reste de l'abdomen, et le toucher rectal ne montre pas de saillie du Douglas.

Tout l'abdomen est douloureux avec maximum à gauche de la ligne médiane.

Pas de température; le pouls est normal.

Pas d'urticaire; pas de signes anaphylactiques.

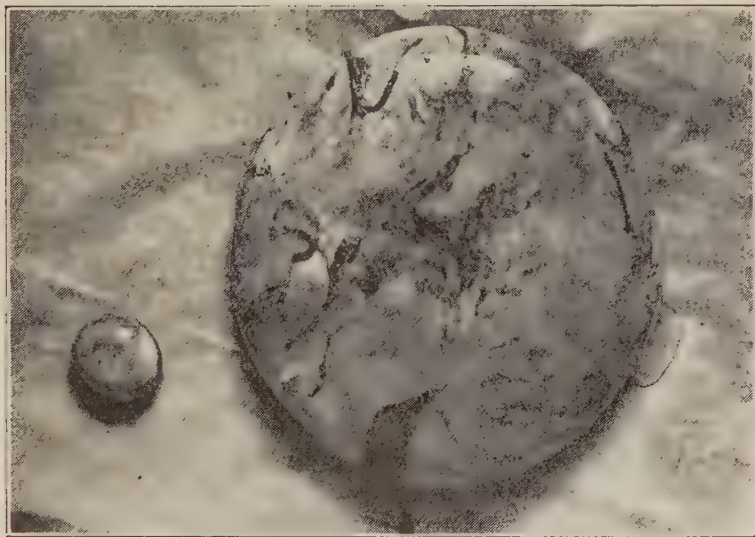
L'examen général ne montre rien d'anormal.

Le diagnostic est hésitant. Nous pensons à une rupture sous-capsulaire de la rate, à une torsion splénique et surtout à une rupture d'un kyste hydatique de la rate, étant donné les antécédents. Cependant les signes constatés nous surprennent. Nous avons en effet noté une tumeur bien limitée, rénitente, non mobile (la matité ne se déplace pas). Nous n'avons pas constaté de liquide dans l'abdomen; le malade ne présente pas de signes d'anaphylaxie hydatique. Ce ne sont pas là les signes habituels des ruptures hydatiques.

L'état général étant bon, nous décidons de temporiser. Nous le revoyons dans la soirée et dans la nuit. Aucun changement n'apparaît. Nous attendons.

Le lendemain matin, 17 juillet, les signes sont demeurés les mêmes. L'état général ne s'est pas aggravé. Une réaction de Casoni pratiquée est faiblement positive. Nous pensons plus fermement à un kyste hydatique splénique, probablement rompu malgré la symptomatologie paradoxale, et nous décidons d'intervenir immédiatement.

Opération. — Le malade est placé en décubitus latéral droit incomplet, le dos maintenu par des cousins. La table est également inclinée à droite; elle est de plus basculée légèrement (position de TRENDLENBOURG inversée). Nous nous plaçons à droite. Cette position que nous



Observation I. — SABADINI

Kyste hydatique de la rate de 4 k. 800 accouché intact dans l'abdomen.
Le petit kyste placé à côté se trouvait en même temps dans la rate. Il a la grosseur d'une orange et permet d'imaginer, par comparaison, le volume énorme de la tumeur.

employons chaque fois que nous voulons aborder la rate, présente les avantages suivants: la masse gastro-intestinale, entraînée par son poids à droite (point déclive) ne gêne pas la région splénique qui se dégage et l'on n'est pas gêné par le rebord costal sous lequel la main droite ou gauche peut s'insinuer facilement pour atteindre la rate.

L'incision est menée d'abord obliquement sous le rebord costal gauche et parallèlement à lui puis se recourbe vers le bas, vers la fosse iliaque gauche. La paroi incisée, l'abdomen s'ouvre largement.

On aperçoit le pôle inférieur de la rate et sous lui une *énorme vésicule hydatique qui apparaît, intacte*; ne pouvant en faire le tour avec la main, pour l'extraire, nous l'accouchons lentement, par pression douce sur l'abdomen. C'est un véritable ballon qui, placé dans une cuvette en émail de moyenne grandeur, l'occupe tout entière.

Nous extrayons également une deuxième vésicule de la grosseur d'une orange.

Nous vérifions ensuite la cavité abdominale, et nous sommes surpris de ne constater aucune autre vésicule, et surtout aucun liquide hydatique ou réactionnel libre. Ce qui correspond bien à notre examen clinique.

Nous passons alors à l'examen de la rate. Elle est énorme, mais vide et présente à sa partie inférieure une ouverture de la grosseur d'un petit poing. Celle-ci communique avec une cavité intra-splénique, très étendue, qui permet l'introduction totale d'un champ. Etant donné la disposition entre l'orifice splénique et la vésicule monstrueuse, on est surpris de la possibilité de son passage.

Nous ne trouvons pas de membrane-mère intra-splénique.

Nous pensons alors à pratiquer une splénectomie; elle est impossible. La rate est excessivement adhérente au diaphragme, à l'estomac et au côlon et son extraction ne peut se faire sans difficulté, ce qui pourrait alourdir le pronostic déjà compromis par la température estivale, particulièrement élevée ce jour-là.

Nous marsupialisons alors l'orifice splénique à la paroi, que nous fermons de part et d'autre en trois plans. Un gros drain dans la cavité splénique.

Examen de la pièce. — Il s'agit d'une énorme vésicule, pesant 4 kg. 800, ne contenant que du liquide hydatique eau de roche, sans vésicules-filles. L'autre vésicule avait la grosseur d'une grosse orange.

Suites opératoires. — Normales. Le malade sort de l'hôpital au bout d'un mois et demi, complètement guéri. Aucun incident à signaler.

Cette observation est assez curieuse et peu commune. Le diagnostic, ici a été particulièrement délicat. La déduction logique qui a été vérifiée à l'opération ne correspondait pas à l'examen clinique. Il n'y avait pas de signe liquidien dans l'abdomen, aucune contracture. Il n'y avait pas eu, au moment de la crise du début, et ne s'était jamais présenté depuis de phénomènes anaphylactiques.

OBSERVATION II

(Communiquée par M. SABADINI)

DOUBLE KYSTE HYDATIQUE DE LA RATE. — Marsu- pialisation des deux kystes. Guérison.

Il s'agit d'une femme de 52 ans, entrée dans le service du Professeur COSTANTINI le 2 juillet 1933. Cette malade avait été opérée trois ans auparavant pour un kyste hydatique du lobe gauche du foie. Effectivement, il existait une cicatrice curviligne à pédicule supérieur, partant de la ligne abdominale médiane et remontant en arrière sur le thorax à l'aplomb de la pointe de l'omoplate. La dixième côte avait été réséquée.

Actuellement cette malade présente une splénomégalie volumineuse, descendant jusque dans la fosse iliaque gauche, et atteignant presque la ligne médiane en dedans. En outre, au niveau de la cicatrice thoracique postéro-inférieure, existe un kyste de la grosseur d'une balle de tennis. La réaction de Weinberg et la cuti-réaction de Casoni sont positives. On porte le diagnostic de kyste hydatique de la rate et de kyste pariétal probablement dû à un ensemencement lors de la première opération.

Opération. — Faite le 22 juillet 1933. Anesthésie à l'éther. La malade est placée en position latérale droite incomplète, le dos appuyé sur un coussin. La table est à la fois inclinée vers la droite et renversée (position de Trendelenbourg inversée). Nous nous plaçons à droite de la malade. Dans ces conditions, l'estomac et l'intestin ne recouvrent pas la région splénique et l'on peut facilement, avec la main droite, explorer et saisir la rate, sans être gêné par le rebord costal.

Incision sous-costale gauche, parallèle au rebord chondral et se recourbant en bas vers la fosse iliaque gauche. Le péritoine ouvert, l'abdomen baille largement et la rate apparaît volumineuse, envahissant la fosse iliaque.

A sa partie inférieure apparaissent deux kystes hydatiques séparés par un intervalle de tissu splénique de 3 à 4 centimètres environ, et paraissant sain.

On essaie de libérer la rate. Cela est tout à fait impossible sans dégâts, car elle est d'une part très adhérente à l'estomac et à l'angle colique gauche et d'autre part au diaphragme. Il y a eu certainement une réaction inflammatoire ancienne. Dans ces conditions la splénectomie que nous comptions exécuter est tout à fait impossible, d'autant que l'état précaire de la malade n'autorise pas d'intervention importante. C'est pourquoi nous décidons de marsupialiser.

Nous pratiquons un barrage de la cavité abdominale avec des champs, et autour des kystes avec des compresses formolées. Ouverture de chaque kyste et aspiration qui retire une grande quantité de liquide purulent et des vésicules. Les kystes vidés, formolisation et assèchement des cavités. Puis nous enlevons en entier les deux membranes-mères. Il subsiste alors deux cavités considérables mais séparées par une épaisse couche de tissu splénique sain.

C'est pourquoi, nous pensons plus logique de ne pas réunir les deux poches que nous marsupialisons chacune à la paroi. Mise en place d'un drain dans chaque kyste. Fermeture de la paroi en deux plans.

Nous terminons par l'ablation très facile, en bloc du kyste pariéto-thoracique qui était intra-musculaire (grand dorsal).

Suites opératoires. — Normales. Suppuration pendant deux semaines, qui se tarit ensuite facilement. La malade sort le 15 septembre, complètement guérie.

Cette observation illustre bien les deux indications nettement différentes de la splénectomie et de la marsupialisation. L'opérateur, en présence de deux kystes ayant détruit une grosse partie du tissu splénique pense à faire une opération radicale. Mais devant les adhérences que la rate a contractées avec les organes voisins, il est amené à marsupialiser.

D'autre part, ici, la languette séparant les deux kystes est suffisamment importante (3 à 4 cm.) pour légitimer une marsupialisation particulière pour chacune des deux poches.

OBSERVATION III

(Inédite. — Communiquée par le D^r OULIÉ)

SPLENECTOMIE. — Guérison.

Femme indigène de 23 ans. Opérée le 15 juillet 1933 pour kyste hydatique de la rate. Tumeur du volume d'une tête d'adulte, sous le rebord costal, irrégulière.

Incision oblique, descendant de l'extrémité de la dixième côte à l'ombilic. On trouve trois kystes: un à chaque pôle et le troisième central. Etant donné le peu d'adhérences de la rate, on décide de pratiquer une *splénectomie*.

Ligature du pédicule. Le dégagement du pôle supérieur adhérent au diaphragme est difficile. Suintement hémorragique des parois de la loge splénique.

Mickulicz de tamponnement. Suture partielle de la paroi.

Guérie le 8 septembre.

OBSERVATION IV

(Inédite. — Communiquée par le D^r OULIÉ)

REDUCTION. — Guérison.

M. S..., européen, 25 ans, entre à la clinique le 24 novembre 1933 pour une volumineuse tumeur de l'hypocondre gauche présentant les caractères d'un kyste hydatique de la rate.

Opération. — Incision sous-costale longue, allant de la ligne médiane à l'extrémité antérieure de la douzième côte.

La rate adhère en avant à la paroi; elle est libre en arrière.

Protection par des champs. Ponction: liquide eau de roche à 3 centimètres de profondeur. Evacuation de deux litres de liquide. Formolage.

Incision du parenchyme splénique jusqu'à la paroi kystique. Hémorragie très abondante malgré une hémostase préalable au-dessus de la ligne d'incision par trois points de gros catgut passés en U.

Ablation de la membrane-mère. Toilette de la cavité kystique par un surjet de catgut. Exclusion de la suture par fixation du péritoine et de l'aponévrose à un centimètre de chaque côté de la ligne de surjet. Fermeture de la paroi en trois plans sur un petit drain, placé en arrière au point déclive.

Anesthésie: balsoforme et ac. carbonique.

Suites opératoires. — Infection pariétale légère disparue au dixième jour, mais la cavité kystique est distendue par un liquide que l'on ponctionne par trois fois. A quelques jours d'intervalle, on évacue 700, 600 et 400 centimètres cubes de liquide séro-hématique. Deux ponctions ultérieures ne ramènent rien.

Quelques jours plus tard, on est obligé de débrider la paroi et il s'écoule un liquide séro-purulent et purulent.

Réintervention. — Le 2 mars, on intervient à nouveau devant la persistance de cette fistulisation. On repasse par

l'incision première en ouvrant profondément plan par plan, et on arrive sur une cavité, d'où sort un pus épais, verdâtre. Drainage large. Tamponnement de l'incision pariétale.

La suppuration se tarit progressivement, mais actuellement (30 juillet), il persiste un très petit trajet fistuleux.

Anesthésie: balsoforme et ac. carbonique.

OBSERVATION V

(Inédite. — Communiquée par le D^r GUEDJ)

MARSUPIALISATION.

Femme indigène de 37 ans. Entre dans le service le 30 décembre 1932 pour volumineuse tumeur de l'hypochondre gauche et épigastrique.

Anesthésie locale.

Incision médiane sous-ombilicale. Protection de l'abdomen. Ponction du kyste (3 litres eau de roche). Extraction de la membrane-mère. Pas de vésicules. Fermeture et amarrage de cette volumineuse poche par quatre catguts passés dans la paroi. Drain dans la poche. Rétrécissement de l'incision.

Guérie le 27 mai 1932.

OBSERVATION VI

(Inédite. — Communiquée par le D^r GUEDJ)

SPLENECTOMIE. — Mort.

Femme indigène de 30 ans, opérée le 3 août 1933 pour une volumineuse tumeur épigastrique lobulée, rénitente, donnant l'impression d'un kyste hydatique de la rate.

Anesthésie générale à l'éther.

Incision médiane sus-ombilicale. On découvre un volumineux kyste. Protection. Ponction: évacuation de 15

litres de liquide eau de roche. Extraction de la membrane-mère et de trois vésicules-filles.

Il subsiste une vaste cavité qui appartient au pôle supérieur de la rate. La poche est très adhérente au lobe gauche du foie, au diaphragme, à la paroi latérale gauche dans toute son étendue, au péritoine pré-rénal.

On libère cependant les adhérences. Section du ligament pancréatico-splénique et gastro-splénique. Puis fixation des adhérences externes.

Splénectomie. Hémostase. Mickulicz. Trois mèches iodoformées. Surjet péritonéal. Catgut séparé sur le plan musculaire. Crins sur la peau.

Suites opératoires. — Suppuration pariétale profonde et postérieure, qui oblige à un débridement. Au cours de celui-ci, fait par un interne, pneumothorax suffocant, entraînant la mort.

OBSERVATION VII

(Inédite. — Communiquée par le D^r GUEDJ)

REDUCTION SANS DRAINAGE. — Guérison.

Femme indigène de 25 ans opérée le 12 avril 1934 pour kyste hydatique de la rate volumineux.

Anesthésie locale.

Incision transversale. Ponction: liquide eau de roche. Evacuation. Formolage. Extraction de la membrane-mère, pas de vésicules-filles. Capitonage.

Fermeture totale avec amarrage à la paroi. Crins perdus dans l'aponévrose du grand oblique. Suture totale de la peau.

Un mois après, évacuation par ponction du liquide séro-hématique. Guérison sans autres incidents.

OBSERVATION VIII

(Inédite. — Communiquée par le D^r REVEL)

REDUCTION SANS DRAINAGE. — Mort.

Homme indigène de 27 ans, opéré le 20 octobre 1931 pour tumeur de l'hypocondre gauche.

Incision horizontale sous-costale gauche. Kyste considérable, liquide clair. Evacuation. Formolage. Ablation de la membrane-mère.

Fermeture après drainage après bonne fixation au péritoine pariétal. Paroi reconstituée en trois plans.

Drainage secondaire le 4 juillet 1932, la fistule ne se fermant pas, on la débride. Curettage du trajet, deux méches, un drain.

Décès le 11 août.

OBSERVATION IX

(Inédite. — Communiquée par le D^r REVEL)

MARSUPIALISATION. — Guérison.

Femme indigène de 25 ans. Opérée le 7 mai 1932 pour kyste hydatique de la rate.

Incision parallèle au rebord costal gauche, sous anesthésie locale.

Kyste volumineux. Ponction. Nombreuses vésicules. Evacuation. Formolage. Marsupialisation.

Guérison le 16 septembre 1932.

OBSERVATION X

(Inédite. — Communiqué par le D^r ENGEL)

MARSUPIALISATION. — Guérison.

Homme indigène de 38 ans, opéré le 15 septembre 1932 pour kyste hydatique volumineux, du volume d'une tête d'enfant.

Incision transversale sous-costale. Ponction. Evacuation d'un liquide eau de roche. Formolage. Ablation de la membrane-mère. Suintement hémorragique. Marsupialisation.

Anesthésie locale.

Guéri le 25 décembre 1932.

OBSERVATION XI

(Inédite. — Communiqué par le D^r ENGEL)

REDUCTION SANS DRAINAGE. — Guérison.

Femme indigène de 45 ans. Opérée le 1^{er} octobre 1932 pour kyste hydatique de la rate du volume d'une tête de fœtus.

Anesthésie locale.

Incision sous-costale. Ponction: évacuation. Formolage. Liquide eau de roche. Fermeture complète par un surjet. Exclusion de la suture par fixation au péritoine pariétal tout autour de celui-ci et à deux centimètres de distance. Fermeture en trois plans.

Guérie le 27 octobre.

OBSERVATION XII

Inédite. — Due à l'obligeance de M. le Prof. FERRARI.

B., Zohra, âgée de 60 ans, entrée à l'hôpital le 22 juillet 1934 pour hépatomégalie et ictère. Douleur abdominale remontant à un an. Ictère depuis six mois. Prurit. Urines ictériques.

Enorme hépatomégalie descendant dans la fosse iliaque droite.

Splénectomie atteignant presque la crête iliaque gauche.

L'histoire clinique ne permet pas de préciser le diagnostic. On pense à un kyste hydatique du foie rompu dans les voies biliaires ou à un néoplasme.

Opération. — Le foie occupe une importante partie de la cavité abdominale. Il est de teinte violacée, de consistance molle. On aperçoit une volumineuse tumeur coiffée en avant par l'épiploon gastro-splénique paraissant se continuer en bas avec la portion horizontale de l'estomac et se perdant dans la loge splénique.

Après avoir ouvert l'épiploon gastro-splénique on repère encore cette tumeur dans l'arrière-cavité. Une ponction exploratrice amène dans la seringue une quantité minime de pus jaunâtre et malodorant. On décide alors de faire une ponction avec l'aspirateur électrique. Un échec de l'évacuation entraîne la décision d'ouvrir largement la tumeur.

Il s'écoule alors une quantité considérable de pus jaunâtre, bilieux, avec un certain nombre de vésicules.

Après avoir nettoyé cette vaste cavité qui remonte en haut jusque sous la coupole diaphragmatique on peut explorer plus aisément les environs de la tumeur et l'on s'aperçoit qu'elle est implantée sur le pôle supérieur et la partie postérieure de la rate au-dessous et en arrière de l'épiploon gastro-splénique.

Marsupialisation à la partie supérieure de l'incision. Fermeture du reste de la paroi en trois plans.

OBSERVATIONS

RECUEILLIES DANS LA LITTÉRATURE

Nous avons résumé, dans ces pages, quelques observations déjà publiées dans des travaux anciens et qui ont retenu notre attention par leur intérêt ou par leur caractère démonstratif.

OBSERVATION XIII

(WAROT. — *Thèse*, Lyon 1905.)

Jeune fille qui présente de la fatigue avec amaigrissement et une voussure de la base thoracique gauche, fluctuante, avec frémissement hydatique, non mobile et une tumeur de la fosse iliaque.

Radiographie: ombre massive de tout l'hypocondre gauche, surélévation du diaphragme, léger épanchement pleural.

Examen du sang:

Globules rouges	4.060.000
Globules blancs	5.400
Polynucléaires	70 %
Mononucléaires	24 %
Eosinophiles	5 %

Intervention. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. Splénectomie.

Guérison.

Pièce: tumeur kystique de 25 cm. de haut sur 40 de circonférence, développée au pôle supérieur.

OBSERVATION XIV

(WAROT)

Femme de 42 ans, paludéenne.

Début deux ans auparavant par tumeur de l'hypocondre gauche, volumineuse, descendant au-dessous de l'ombilic. Les côtes sont déjetées en dehors. Fluctuation par contact lombaire. Rate non mobile, mate, non douloureuse. Frémissement hydatique.

Examen du sang:

Polynucléaires	74 %
Mononucléaires	6 %
Eosinophiles	6 %

Opération. — Laparotomie para-médiane gauche. Adhèresances au côlon. Contenu: 2 litres de liquide clair.

Réduction sans drainage.

Guérison.

OBSERVATION XV

(J. D. SABADINI, in thèse WAROT.)

Femme de 24 ans, présentant une tumeur du flanc droit de la grosseur d'un poing, très mobile, mate, descendant dans la fosse iliaque.

Diagnostic, étant donné la mobilité: kyste de l'épiploon.

Opération. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. Kyste développé au pôle inférieur de la rate et pédiculé.

Evacuation. Résection de la poche. Guérison.

OBSERVATION XVI

(VINCENT, in thèse WAROT.)

Femme de 34 ans, entre à l'hôpital pour un kyste de l'ovaire. Volumineuse tumeur occupant tout le côté gauche de l'abdomen, lisse, fluctuante ayant débuté 18 mois auparavant, en coïncidence avec un urticaire.

Opération. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. Tumeur volumineuse, adhérente aux parois de l'abdomen, développée au dépend du pôle inférieur.

Splénectomie. Guérison.

OBSERVATION XVII

(CURTIELT, in thèse WAROT.)

Enfant présentant une tumeur de l'hypocondre gauche et de l'épigastre, du volume d'une orange, paraissant appartenir au foie.

Examen du sang:

Globules rouges	4.496.000
Globules blancs	9.300
Polynucléaires	60 %
Mononucléaires	12 %
Eosinophilie	8 %

Opération. — Laparotomie para-médiane gauche. La tumeur appartient à la rate. Ponction, évacuation. Résection d'une partie de la poche. Capitonnage, fermeture et amarrage à la paroi. Guérison.

OBSERVATION XVIII

(VINCENT, in thèse WAROT.)

Femme de 32 ans, présentant une tumeur de l'hypocondre gauche depuis 6 ans, dure, rénitente, s'étendant

en arrière et dans la fosse iliaque, bosselée. Ponction exploratrice: accidents anaphylactiques.

Opération. — Une semaine après, laparotomie sus-ombilicale. Le kyste siège au pôle inférieur de la date. 2 litres et demi de liquide clair. Pas de vésicules. Marsupialisation.

Guérison.

OBSERVATION XIX

(VINCENT, in thèse WAROT.)

Homme de 28 ans. Depuis l'âge de 12 ans présente une voussure du flanc gauche.

A l'examen tumeur de l'hypocondre et du flanc gauche, très volumineuse, dure, rénitente, mate, s'étendant en arrière dans la région lombaire. Fièvre, très mauvais état général.

Opération. — Marsupialisation d'un volumineux kyste hydatique suppuré.

Mort 36 heures après.

OBSERVATION XX

(VINCENT, in thèse WAROT.)

Indigène de 50 ans, présentant depuis trois ans une volumineuse tumeur de l'hypocondre, descendant dans la fosse iliaque gauche.

Opération. — Marsupialisation.

Guérison.

OBSERVATION XXI

(FERRARI, in thèse WAROT.)

Homme de 22 ans, présentant une volumineuse tumeur de l'hypocondre descendant vers l'ombilic. Elle est allongée verticalement et immobile, mate, fluctuante. Pas de frémissement.

— *Opération.* — Evacuation d'un kyste purulent (2 litres de pus). Marsupialisation.

Guérison (1 mois).

OBSERVATION XXII

(*Revue de Chirurgie*, 1903)

Femme de 35 ans, présentant trois tumeurs abdominales: foie, rate, mésentère.

Hépatectomie (?) partielle, splénectomie. Ablation du kyste mésentérique.

Guérison.

Une anémie consécutive à l'intervention fut soignée par l'ingestion de pulpe de rate.

OBSERVATION XXIII (1)

1902. Thèse ALBERTI, p. 35.

T... Marie, fillette européenne, habitant Alger, malade depuis quelques jours. Présente une tumeur de l'hypocondre gauche. Eosinophilie 8 %.

(1) Cette observation, ainsi que les suivantes, est également citée par SENEVET et WITAS dans Statistique sur l'échinococcose en Algérie. — (Obligeamment communiquée par M. le Professeur SENEVET).

Opération. — Résection d'une partie de la poche, capitonnage.

Guérison.

OBSERVATION XXIV

1903. Thèse WAROT, p. 77.

G..., 28 ans, médecin-dentiste, constate depuis huit ans une déformation de la région splénique.

A l'intervention on trouve un kyste hydatique suppuré de la rate. Ponction.

Mort 36 heures après.

OBSERVATION XXV

1904. Thèse WAROT, p. 74.

Sc... Marie, 33 ans, européenne, cartouchière, malade depuis six ans. Se plaint d'une douleur constante depuis quatre ans dans l'hypocondre gauche. Appétit normal.

Ponction exploratrice suivie d'accidents d'intoxication (éruption ortiée, etc.). Incision. Kyste hydatique de la rate. Pas de vésicules-filles.

Marsupialisation. Guérison lente.

OBSERVATION XXVI

Thèse WAROT, p. 59.

B..., 28 ans, jeune fille européenne habitant Djelfa. Elle présente de l'amaigrissement et de la fatigue. Douleur dans le côté gauche du thorax; cette douleur existerait sans interruption notable depuis 15 ans.

Eosinophilie 6 %.

Opération. — Enorme kyste splénique. Pas de vésicules-filles.

Splénectomie. L'éosinophilie s'accroît dans les jours qui suivent l'opération: 8, 17 et 10 %, 15, 30 et 45 jours après. Guérison.

OBSERVATION XXVII

COSTANTINI. *Journ. Méd et Chir. Afr. Nord*, 1925, p. 157

Femme indigène de 25 ans. Kyste hydatique de la rate et gros kyste pelvien probablement par greffe secondaire d'un gros kyste du foie. Splénectomie. Formolage du kyste pelvien. Mickulicz. Guérison.

CONCLUSIONS

Dans cet exposé, nous nous sommes efforcé de mettre en lumière trois groupes de points principaux :

Au point de vue clinique :

Les kystes hydatiques de la rate ont un caractère insidieux, une longue évolution et se présentent sous la forme d'une tumeur kystique à symptomatologie tantôt abdominale, tantôt thoracique à caractères spéciaux.

Ils s'accompagnent fréquemment de complications.

Au point de vue anatomique :

Les différentes variétés de kystes se ramènent à deux principales : les kystes abdominaux et les kystes thoraciques, ces derniers moins fréquents.

Le kyste a plus ou moins altéré le tissu splénique dans lequel il s'est développé. Il forme toujours une très grosse tumeur ayant contracté de multiples adhérences, immobilisant l'organe et compliquant le traitement.

Au point de vue thérapeutique :

Le choix du mode opératoire ne peut être fait qu'après laparotomie. Celle-ci permet une exploration minutieuse de la région et l'opérateur peut ainsi préciser le siège de la tumeur, le nombre des kystes, l'étendue des adhérences péricapulaires, les altérations de la rate, le contenu des kystes.

Il convient de noter en outre que :

Les indications de la splénectomie sont rarement rencontrées et, même dans ce cas, cette intervention présente de multiples aléas.

Les méthodes conservatrices sont le plus souvent préférées par les praticiens, en particuliers deux procédés :

L'énucléation sans drainage et la marsupialisation.

La première n'a que des applications très limitées (kyste petit et clair).

Par contre les indications de la marsupialisation s'étendent davantage grâce à une meilleure technique qui en a considérablement amélioré le pronostic et grâce à la fréquence beaucoup moins grande des fistules interminables qui désespéraient les chirurgiens.

Aussi, dans la majorité des cas, c'est à la marsupialisation qu'il faudra recourir. Elle est sans risques post-opératoires importants ou interminables et, simple, rapide, va droit au but qui est l'évacuation du kyste sans délabrements dangereux et inutiles.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE (d'Oran). — Sur quelques formes exceptionnelles de kystes hydatiques. Utilité de la réaction-diagnostique de Fleig et Lisbonne. *Cong. de Chir.* 1910.
- ALESSANDRI. — Echinocoque de la rate et pyothorax gauche intercurant opérés et guéris. *Raccoglitori Medico*, 1878, X, p. 43. *Giorn. Internaz. de Soc. Med.*, 1880.
- ALMECIDA (de). — Quinze kystes hydatiques suppurés de la rate, tous marsupialisés, quatorze guérisons. Vingt et un kystes hydatiques clairs de la rate, tous traités par la splénectomie, dix-huit guérisons. *Brazil Med. Rio de Jan.*, 1904, p. 446.
- AMBERG. — Un cas d'échinocoque de la rate. *Wien Med. Woch.*, 1898, n° 44.
- ANGELESCU C. et TOVARU S. — Traitement chirurgical des kystes hydatiques de la rate. *Rev. de Chir. Bucaresti*, mars-avril 1932, t. 35, p. 133-152.
- ANGELINI. — Evolution étrange d'une tumeur abdominale. *Atti Soc. Ital. Chir.*, 1886, t. II, p. 84.
- ARCHIBAL R. G. et SUAU B. — Un sporozoaire de la rate dans un cas de spénomégalie au Soudan. *Tr. Roy Soc. Trop. Hyg. Lond.*, 1923-1924, XVII, 482-484.
- ARESTIDE di BARBAZZA J. — Observation d'un cas de kyste hydatique de la rate. *J. de Radiol. et d'Electro.*, 14 avril 1930, p. 458-459.
- AUBERT. — Kyste hydatique de la rate. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, n° 16, 24 mai 1930.
- BACALOGLU. — Le kyste hydatique de la rate. *Bull. et Soc. de Méd. et Path. de Jassy*, 1915-1916, XXIX, p. 65.
- BACKHOUSE. — Kyste hydatique de la rate. (Observ. 44, de Trinkler). *Australian Med. Journ.*, 1885.
- BAINET. — Premier compte-rendu du frémissement du kyste hydatique de la rate. 1828. (Cité par ROCHE).

- BARADUC F. — Traitement des kystes hydatiques abdominaux. *Thèse*, Paris, 1898.
- BARRET. — Kyste hydatique de la rate. *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1828, p. 341.
- BARTHSCH G. H. et POSSELT A. — Echinocoque alvéolaire multiloculaire avec participation particulière de la rate. *Virchow's Arch. f. Path. Anat.*, 1932, t. 285, ff 665-686.
- BASSO. — Kyste hydatique de la rate. *Thèse*, Lyon, 1904.
- BASTIAN. — Kyste hydatique de la rate. Guérison spontanée. *Tr. Path. Soc. Londres*, XVIII, p. 257.
- BAUDRINIONT. — Exosplénopexie. 1897. (Cité par VILLAR).
- BEAU. — Du rôle de la rate dans les intoxications expérimentales. Observation sur des tenias hydatigenae ou hydatides. *Thèse*, Lyon, 1901.
- BENEDETTI-VALENTINI. — Pentastiniase splénique. *Ann. Ital. de Chir. Soc.*, 1932, vol. XI, f. 10, p. 1.085-2.008.
- BENDER. — Exosplénopexie. *Gaz. des Hôpit. de Paris*, 1900, p. 31.
- BERGER. — Echinocoque de la rate. *Zenl. f. Chir.*, 1924, p. 686-688.
- BERGMANN. — Kyste hydatique de la rate chez un enfant de 10 ans. *Litten Berl. Klin. Woch.*, 16 juillet 1889.
- BERTHELOT. — *Journ. de Méd. et de Chir.*, 1790.
- BESNIER. — Rate. (Diction. encyclop. des sciences méd., Dechambre), 1874, vol. LXXXI, p. 540.
- BESNIER. — Pathologie de la rate. (Diction. encyclop. des sciences méd.), 1879.
- BEZANÇON. — Cas d'autopsie d'un kyste hydatique de la rate. (Observ. 3, de ROCHE). *Soc. Anat.*, 1886.
- BIONDI. — Sur un cas d'échinocoque de la rate. *Riforma Med.*, 1911, XXVII, p. 365.
- BLAND-SUTTON J. — Observation sur la chirurgie de la rate. *Brit. Journ. of Say*, 1913, I, p. 157.
- BLUM A. — Extirpation de la rate. *Rev. Crit. Arch. Gen. de Med.*, 1883, p. XI.
- BOIRANT d'AIX. — *Gaz. des Hôpit.*, 1850.

- BOINET. — Kyste hydatique de la rate. *Marseille Méd.*, août 1921, p. 737 ; *Soc. de Biol. Paris*, 1921, LXXXV, p. 191.
- BONCOUR. — L'influence du traumatisme sur les kystes hydatiques de la rate. *Thèse*, Paris, 1878.
- BONNET. — Cas d'autopsie d'une femme de 40 ans ; douleurs internes depuis l'âge de 17 ans. *Lyon Méd.*, 1891. (Cité par WAROT).
- BOUGLÉ. — Concrétions osseuses dans les parois du kyste hydatique. (Cité par MARTIN).
- BOUILLY. — Sur le traitement des kystes hydatiques de la rate. *Bull. et Mém. Soc. de Chir., Paris*, 1892.
- BOURDEL. — Destruction de la rate par un kyste hydatique avec hypertrophie compensatrice des ganglions lymphatiques abdominaux. *Bull. Soc. Anat. Paris*, avril 1884.
- BOYD. — Kyste à échinocoque de la rate. — Compte-rendu d'un cas. *Journ. Boston M. A. S.*, 1925, CXIII, 591-593.
- BRAME. — *Ann. de Polyclinique de Paris*, 1890.
- BRAQUEHAYE. — Statistique de 77 cas de kystes hydatiques. *Rev. trim. de la Soc. méd.*, 1922, XVI, 338.
- BRAULT. — Kyste hydatique de la rate rompu dans le côlon. *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1876, p. 673.
- BRESSOT. — Kyste hydatique de la rate. *Lyon Chirurg.*, mai-juin, 1930, t. 27, p. 395-399.
- BRESSOT. — Traitement des kystes hydatiques de la rate. *Progrès Méd.*, 24 mai 1930, p. 905.
- BRIANÇON. — Kyste de la rate. *Thèse*, Paris, 1828.
- BROC A. et MINE LAVAUULT. — Kyste hydatique de la rate. *Soc. des Sc. Méd. de Tunis*, séance ext. du 31 janvier 1930.
- BROCA. — Kyste hydatique de la rate (in Trinkler, observ. II). *Bull. Soc. Anat.*, 1852.
- BRUMPT E. et JOYEUX C. — Description d'un nouvel échinocoque, *Echinococcus cruzi*. *Ann. de Paras. Paris*, 1924, II, 226-231.

- BRUN. — A propos des kystes hydatiques de la rate. (Quelques réflexions cliniques, radiologiques et thérapeutiques). *Soc. de Chir. Paris*, séance du 14 nov. 1934.
- BUCQUORY. — Kyste hydatique de la rate. *France Méd.*, 1878.
- CABANES. — Kyste hydatique de la rate. *Bull. Méd. de l'Algérie*, 1904, XV, p. 545.
- CADE A. et BERGERET. — La rupture du kyste hydatique de la rate et particulièrement la rupture dans les voies digestives. *Journ. de Méd. de Lyon*, n° 231, p. 535, 20 août 1929.
- CAHANA. — Kyste hydatique de la rate ; splénectomie partielle. Guérison. *Visconsin Med.*, mai 1917.
- CALLOSE A. — Kyste hydatique rompu de la rate. *Med. Journ. Australia*, 11 juillet 1931, t. II, p. 53.
- CAPECCHI. — Kystes à échinocoque de la rate et leur traitement. *Riforma Med.*, 9 juin 1930, t. 46, p. 878-881.
- CARDARELLI. — Kystes à échinocoques de la rate. *Riforma Med.*, 12 juillet 1919, p. 565.
- CARONES. — Kyste hydatique primitif de la rate. *Rev. Med. del Rosario*, janv. 1927, t. 17, p. 27-35.
- CARNABEL. — Splénectomie pour kyste hydatique de la rate. *Bull. et Mém Soc. de Chir. de Bucarest*, 1899, p. 45.
- CASANOVA J. N. — De l'intervention chirurgicale dans les kystes hydatiques de l'abdomen. *Thèse*, Montpellier, 1901.
- CAVINA G. — Splénectomie pour des kystes à échinocoques. *Bull. des Sc. Med. de Bologna*, 1924, p. 802-804.
- CAVINA G. — Echinocoque rétro-péritonéal ; réduction sans drainage ; guérison *per primam*. *Riforma Med.*, 1924, p. 749.
- CAVINA G. — Splénectomie pour kystes à échinocoques, avec quelques statistiques sur les échinocoques de la rate en Italie. *Arch. Ital. de Chir. Bologna*, août 1925, vol. XIV, f. I, p. 1-40.
- COEN. — Echinocoque de la rate. — *Bull. Sc. Med. Bologna*, 1889, VI, p. 357.

- CERAULO. — Les kystes hydatiques solitaires de la rate. *Il Morgagni (Archivio)*, 1904, p. 354-509.
- CHAINTE. — Kyste hydatique de la rate. *Revue de Chir. Paris*, 1890, p. 811.
- CAMPIONNIERE et SCHWARTZ. — Enucléation avec succès d'un kyste hydatique de la rate. 1901. (Cité par CASANOVA).
- CHARRIER et BARDON. — Traitement des kystes hydatiques de la rate. *J. de Méd. de Bordeaux*, 25 octobre 1927, t. 57, p. 771.
- CHAUFFARD. — Mort à la suite d'une ponction capillaire d'un kyste hydatique. *Semaine Méd.*, 8 juillet 1896.
- CHAUFFARD. — A propos des réactions biologiques suscitées par les kystes hydatiques. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 22 avril 1910.
- CHAUFFARD et VINCENT. — De l'apparition tardive des réactions biologiques prov. par les kystes hydatiques. *Gaz. des Hôp. de Paris*, 1^{er} mars 1910.
- CHAUVEL. — Cas de kyste hydatique de la rate, avec des anses intestinales en avant de la tumeur. *Revue de Chir. Paris*, 1889, p. 782.
- CHILDE. — Cas nécropsique d'une femme de 31 ans, avec kyste hydatique de la rate. *Brit. Med.*, 1892, London, II, p. 1.431.
- CHOUPE. — Frémissement hydatique d'un kyste hydatique de la rate. (Cité par ROCHE).
- CIGNOZZI. — Le kyste hydatique de la rate, étude clinique et opératoire. *Arch. Ital. di Chir.*, 3 nov. 1922, VI, p. 258.
- CILIBRASI, BONGIORNO. — Kystes hydatiques solitaires de la rate. *Riforma Med.*, 1^{er} juin 1929, t. 45, p. 754-756.
- CIRILLO. — Splénectomie pour kystes à échinocoques. *La Publica Medica*, 1901, n° 1.
- CONCETTI. — Echinocoques de la rate. *Giorn. Inter. Sc. Med. Napoli*, 1880, p. 247.
- CORRADINO. — Kystes à échinocoques de la rate. *Cong. Intern. di Med. Roma*, 1920, p. 522-526.

- COSTANTINI. — Traitement chirurgical des kystes de la rate. *Algérie Méd.*, mai 1928, p. 236.
- COSTANTINI. — Kyste calcifié de la rate. *Algérie Méd.*, mai 1928, p. 306.
- COURTIN. — Kyste hydatique de la rate, ponction, guérison. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, juin 1893.
- CRAS C. A. G. — Etude sur les kystes hydatiques de la rate. — *Thèse*, Bordeaux, 1896.
- CRÉDÉ. — Kyste hydatique de la rate, splénectomie, guérison. (Cité par VANVERTS).
- CRISTOPHERSON. — Remarques sur les affections hydatiques dans le Soudan anglo-égyptien. *Journ. Trop. M. London*, 17 nov. 1909, p. 317.
- CRUVEILHIER. — Maladies de la rate. *Rev. de Chir. Paris*, 1889, p. 782.
- CURTILLET. — Kyste hydatique de la rate, capitonnage, guérison. (Cité par WAROT).
- DANLOS. — Traumatisme en tant que facteur étiologique dans la localisation des kystes hydatiques. *Thèse*, Paris, 1870 ; et *Revue des Sc. Méd. Paris*, 1881.
- D'ANTONA. — Kyste à échinocoque de la rate. *Stud.*, 1911, p. 13.
- DARAIGNEZ. — Kyste hydatique de la rate, marsupialisation, drainage, guérison. *Gaz. Heb. des Sc. Méd. de Bordeaux, sept.* 1902.
- DEGAILLE. — Kyste hydatique de la rate. *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1850, p. 112.
- DEJAUCOURT. — Procédés opératoires dans le traitement chirurgical du kyste de la rate. *Thèse*, Lyon, 1902.
- DELASTRE R. — Les kystes hydatiques de la rate, l'échinococcose en Tunisie. *Thèse*, Paris, 1927.
- DELBECQ. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1887.
- DELBECQ. — Kystes hydatiques multiples de la rate. *Thèse*, Paris, 1908.
- DELBET P. — Sur un moyen de traitement des kystes hydatiques de l'abdomen. *Bull. Acad. Méd. Paris*, 1896, p. 136.

- DELBET. P. — Kyste hydatique de la rate, capitonnage. *Bull. et Mém. Soc. de Chir. Paris*, 1900.
- DELENS. — Kyste de la rate guéri par ponction capillaire. *Gaz. Hôp. Paris*, mai 1875.
- DELORE et PONCET. — Kyste multiloculaire de la rate ; kyste épiploïque, splénectomie, guérison. *Lyon Med.*, 1903, p. 967.
- DENCONS A. — Les kystes hydatiques de la rate. *XIV^e Congrès Franç. de Chir. Paris*, 1901, p. 188.
- DIAZ MUNOZ S. J. — Sur la répercussion des lésions intra-abdominales sur l'arbre urinaire supérieur. *Bull. Soc. de Chir. du Chili*, 14-28 sept. 1932, t. 10, p. 237-243. (Kyste hydatique de la rate).
- DIEULAFOY G. — Les kystes hydatiques de la rate. *Clinique Méd. de l'Hôtel-Dieu*, 1898-1899.
- DOGLIOTTI. — Frémissement hydatique dans les acephalokystes de la rate. *Rev. di Chir. Como*, 1924, p. 129-141.
- DONATE. — Chirurgie de l'abdomen. Turin, (*Unione Tipografica*). Edition 1914, p. 665.
- DONOVAN R. E. — Hydatose multiple (rate, etc.). *Prensa Med. Argent.*, 1901, t. 17, p. 1.460-1.464.
- DOWNS. — Kystes parasitaires de la rate. *Proc. Path. Soc. Philadelphie*, 1924-25, XXVII, p. 29.
- DUBOUE. — *Soc. Anat.* 1856.
- DUNER. — Un cas de kyste à échinocoques de la rate enrayé par la splénectomie. *Policlinico*, 1924, p. 319.
- DUPLAY. — Kyste hydatique de la rate. *Compte-rendu Soc. de Biol. Paris*, 1855, t. II, p. 11.
- DURANTE. — Quelques tumeurs kystiques de l'abdomen, du rein, de la rate et de l'épiploon. *Atti Soc. Ital. Chir.*, 1888, p. 221 ; *Riforma Med.*, 1888, p. 461.
- DUROZIER R. — Kyste hydatique de la rate s'étant vidé par les bronches. *Gaz. des Hôp. de Paris*, 1870.
- ERDELMAN L. — Kyste à échinocoque de la rate. — *Proc. New-York Path. Soc.*, 1921, XXI, n° 6-8, p. 185.

- ESCAVOLA J. — Deux cas de kystes hydatiques de la rate. *Rev. Med. de Barcelona*, avril 1932, t. 17, pp. 329-332.
- EUZIÈRE, DELORD et SIMÉON. — Kyste hydatique de la rate. *Rev. Med. de Barcelona*, avril 1932, t. 17, pp. 329-332.
- FARLEY D. L. — Kyste à échinocoque de la rate. *Pro. Path. Soc. Phila.*, 1920-21, n. s. XXIII, p. 79.
- FASOLA. — Echinocoque endogène de la rate (incision des kystes par la méthode de Lindemann). *Annali Ostet. e Ginecologie*, 1888, X, p. 1.
- FELHEISEN. — Splénectomie pour kyste hydatique dans une rate mobile: guérison. (Cité par WAROT). *Woch. Ensch. Leipzig*, 1888.
- FERGRISSON A. R. — Rate, kyste hydatique, calcification. *Path. Rev. Cairo*, 1910, p. 139.
- FÉVRIER C. F. — Chirurgie de la rate. XIV^e Cong. de Chir. Franç. Paris, oct. 1901, p. 22.
- FIBRI. — Laparotomie pour échinocoque de la rate. *Atti Soc. Nat. Chir.*, 1856, t. II, f. 1, p. 87; *Gaz. Med. d. Torino*, 1885, p. 624.
- FICHERA. — Contribution à l'étude des splénopathies chirurgicales. *Policlinico (se chir.)*, 1922, p. 99.
- FINK. — Kyste hydatique cortical de la rate. (Cité par DIEULAFOY).
- FINKELSTEIN B. K. — Sur la chirurgie de la rate. *Brit. Journ. Surg.*, 1914, II, p. 68.
- FINSON. — Les échinocoques en Islande. *Arch. Gen. de Med.*, 1869, XIII, p. 23.
- FOWLER R. H. — Kystes de la rate. *Ann. Surg.*, 1913, t. VII, p. 658.
- FOWLER R. H. — Chirurgie des kystes de la rate. *Ann. Surg.*, 1921, LXXIV; *New-York State M. J.*, 1922, XXII, p. 407.
- FRANÇOIS-DAUVILLE E. et PICARD J. — Echinococcose primitive de la rate, kyste hydatique splénique... en évolution latente chez un malade âgé. *Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1924, t. XCIV, pp. 15-19.

- FRANZOLINI. — De l'extirpation de la rate chez l'homme et d'un cas opéré et guéri. *Gaz. Med. de Torino*, 1882.
- GAETANO (de). — Fixation du complément pour le diagnostic des kystes à échinocoques. *Riforma Med.*, 1910, pp. 1.071-1.102.
- GAILLET. — Mort après ponction d'un kyste hydatique. *Bull. Soc. Anat. de Paris*, XXVII, p. 529.
- GALLOZZI. — Deux observations rares de kystes à échinocoque de la rate. *Atti Acad. Med. Chir. Napoli*, 1900, p. 102.
- GARGANO C. — Greffe d'embryon échinocoque dans la rate. *Arch. Atti della Soc. Ital. di Chir. Roma*, 1921-1922, XXVIII, pp. 185-187.
- GIANNETTASIO. — Echinocoque supprimé dans une rate paludéenne ; splénectomie, guérison. *Riforma Med.*, 1905, p. 681.
- GOINARD et MÉLÉ P. — Pseudo-splénomégalie par kyste hydatique du lobe gauche. *L'Algérie médicale*, janv. 1929, p. 16.
- GOINARD. — Kystes calcifiés de la rate. *Soc. de Chir.*, 19 déc. 1934.
- GRANT H. — Kyste hydatique de la rate. *Brit. Journ. Med.*, 7 mai 1892, p. 968.
- GRANOWSKY L. — Kyste solitaire de la rate et son traitement. *Thèse*, Berlin, 1905.
- GRAZIANI J. — Volumineux kyste à échinocoques de la rate avec 502 vésicules prolifères et un gros kyste endogène de la vessie. *Policlinico Roma*, 1926, XXXIII, pp. 1.116-1.120.
- GRILLI A. — Considérations sur un cas de kyste multiple à échinocoques avec calcifications et suppuration. *Quaderni Radiol.*, 1933, t. 4, pp. 56-64.
- GUÉRIN. — *Arch. Clin. de Bordeaux*, 1896.
- GUIDARD. — Splénectomie pour kyste hydatique de la rate, suivi de mort. (Cité par MARTINI).
- GUIDA. — Kyste à échinocoque pulsatile de la rate; splénectomie. *Riforma Med.*, 1893, II, p. 134.

- GUTIERREZ A. et LABANDIBAR B. — Kystes hydatiques de la rate. *Rev. de Cir. de Buenos-Aires*, t. II, août 1932, p. 451-459.
- GUNSEBURG — *Haesers Archiv. Fur Die ges Medicine*, 1852.
- HABERSON. — Kyste hydatique de la rate. *Guy's Hosp. Rep. Lond.*, 1869, XIV, p. 213.
- HAHN E. — Kyste hydatique de la rate ; splénectomie. *Soc. Med. de Berlin*, 12 et 25 juin 1895 ; *Direct Med. Woch.* 1895, n° 28.
- HAMILTON. — Cas d'autopsie d'un kyste hydatique de la rate. *Dublin, Journ. de Sc.*, 1868, XLVI, p. 236.
- HANOT. — Hypertrophie compensatrice de la rate, affectée par les kystes hydatiques. *Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 18 juillet 1896.
- HARLET. — Résultats de la ponction dans le traitement des kystes hydatiques. *Tr. Med. Chir. Soc. Edmilo*, 1866.
- HARTMANN. — Kyste hydatique de la rate, splénectomie, guérison. *Sem. Méd.* 1897, n° 49.
- HENNIG. — Les échinocoques de la rate. *Jeune f. Chir.*, avril 1923, p. 592.
- HERMANN. — Quatre cas d'échinocoques de la rate. *Jahrb. d. Med. Klinik*, Breslau, 1888.
- HIRSCHFELD H. et MÜHSAN R. — Chirurgie de la rate ; « kystes parasitaires », 1930, *F. Euke Studgart*, pp. 104-109.
- HITZROT. — Splénectomie pour kyste hydatique. (Cité par FOSSLER).
- HOGEL. — Kyste hydatique de la rate ; marsupialisation ; guérison en sept mois. *Med. Rec. Calcutta*, p. 385.
- HOLL. — Un cas d'affection échinococcique de la rate. *Fort. A. D. Rontgens*, juin 1928, t. 37, p. 862.
- HOPE GRANT. — *Brit. Med. Journ.*, 7 mai 1892, p. 968.
- HOLLSTEIN. — *Virchow's und Hirsch's Jahresbericht*, 1872.
- HOWAKINIAN et NAFI BEY. — Un cas de kyste hydatique suppuré de la rate. *Marseille Méd.*, 1924, LXI, p. 829.

- HUBER. — Kyste hydatique de la rate, mort due à la dégénérescence amyloïde des reins et de la muqueuse intestinale. *Munich Med. Woch*, 1890, XXXVII.
- HUNTER. — Kyste hydatique de la rate. *Med. Surgic. Trans.*, 1893, I, p. 35.
- IKAWITY. — Kyste hydatique solitaire de la rate. (Cité par ROSTOCHINSKY).
- ITHURRAR F. — Kyste hydatique de la rate. 2^e Congrès médical national, Buenos-Aires. *Journ. Ann. Med. Ass.*, 1922, t. LXXIX, p. 2.018.
- IVANISSEVITCH O. — Kyste hydatique de la rate. Son traitement chirurgical. *Bol. Inst. de Clin. Quir.*, 1929, t. 5, pp. 209-214.
- JABOULAY. — Exosplenopéxie. 1894. (Cité par VILLAR).
- JACKARD. — Kyste hydatique de la rate. (Cité par TRINKLER).
- JACOB. — Kyste hydatique de la rate. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1909.
- JAKOLEW. — Un cas d'échinocoque de la rate. *Ann. de Russ. Chir.*, 1898, p. 4.
- JAUREGUI P. et MONTSERRAT J. L. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques calcifiés. *Ann. d'Anat. Path.*, n° 9, pp. 345-370, avril 1932 ; *Semana Med.*, n° 2, pp. 837-860, 29 sept. 1932.
- JANPETIT. — *Soc. Anat. Paris*, 1900.
- JEYLHOY J. — Kyste hydatique de la rate. (Cité par CROS, observation 7).
- JONES M. H. W. — Italien, depuis sept ans en Amérique, opéré pour un kyste hydatique du foie. A l'autopsie on trouva en outre un kyste hydatique de la rate. *Mill. Surgeon*, 1920, pp. 219-223.
- JORDAN M. — Splénectomie, ses indications et ses résultats. *Mitt. a. d. grenzgeb. d. Med. u. Chir. Iena*, 1903, t. II, n° 3, pp. 407-452.
- KAGANOFF. — Echinocoque de la rate. *Vesnnik khir.*, 1928, n° 37-38, t. 13, pp. 348-352.
- KERNIG. — Kystes hydatiques de la rate. *Petersb. Med. Woch.*, 1898, n° 95.

- KESSEL I. K. — Diagnostic et traitement du kyste hydatique de la rate. *Nowy Chir. Arch.*, 1925, n° 33, pp. 66-71.
- KNOWSLEY THORNTON. — *British Med. Journ.*, 1886.
- KOBLBERG. — *Virchow et ersche Jahresb.*, 1.873.
- KÖCHERLE. — Kyste hydatique de la rate. *Gaz Med. de Strasbourg*, 1873, n° 12.
- KÖRTE. — Splénectomie pour kyste à échinocoques. *Dent. Med. Woch.* 1913, XXXIX, p. 380.
- KUEHN. — Kyste hydatique de la rate avec douleur lombaire gauche intermittente depuis vingt ans. (Cité par TRINKLER).
- LAFARGUE. — Kyste hydatique de la rate trouvé à l'autopsie dans un cas de mort accidentelle brusque. *Gaz. hebdom. des Sc. Med. de Bordeaux*, 6 sept. 1885.
- LAVAZZANI. — *Clinica Pisa*, 1898.
- LAINÉ H. — Kystes hydatiques de la rate. *Thèse*, Paris, 1899.
- LEEERT et BERGER. — Berlin. (Cité par TRINKLER).
- LEBLANC. — Splénectomie pour des kystes hydatiques de la rate. (Cité par WAROT).
- LECÔNE et DENIKER. — Remarques sur certaines indications et sur les techniques de la splénectomie. *Journ. de Chirg.*, 1924, XXIII, p. 225.
- LE DENTU. — Kyste hydatique de la rate et du foie : splénectomie ; mort. Paris 1892. (Cité par VANVERTS, observ. 58).
- LEFÈVRE. — Recherches sur les kystes hydatiques de la rate. *Thèse*, Paris, 1875.
- LEHMANN J. C. — Echinocoques de la rate. 1928.
- LENOEL. — Kystes hydatiques de la rate. *Thèse*, Paris, 1879.
- LEOTTA N. — Sur trois cas de kystes à échinocoques de la rate. *Bull. e Atti d. Acad. Med. di Roma*, 1926, L. II, p. 19.
- LEPRÉVOST. — Kyste hydatique de la rate associé avec une douleur interne. *Normandie Med.*, 15 mai 1889,

- LUBBERS A. et NOORDENBOS W. — Kystes à échinocoque de la rate. *Nederl. Tydisch v. Geneesk.*, 1892, LXVI, p. 460.
- LUKIENKO I. — Echinocoque dans une rate kystique. *Vrach. Gaz.*, 15 avril 1927, t. 31, pp. 520-521.
- LURIDIANA. — Valeur clinique de l'intra-dermo-réaction de Casoni pour le diagnostic des échinococcoses. *Policlinico* (sez. pat.), 1920, p. 499.
- LYON. — Revue des affections à échinocoques dans l'Amérique du Nord. *Ann. J. Med. Sc.*, 1902, CXXIII, p. 124.
- LYONS C. J. — Kyste hydatique de la rate chez une femme indienne ; incision ; guérison. *Brit. Med. Journ.*, 1893, t. I.
- MABIT. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des kystes hydatiques de l'abdomen. *Revue de Chir.*, 1909, XXXI, p. 587.
- MAC LAREN. — Kyste hydatique de la rate traité par l'incision et le drainage. *Brit. Med. Journ.*, 7 mai 1892, p. 965.
- MANCHART. — Kyste hydatique de la rate. (Cité par TRINKLER, obs. 4).
- MARTIN. — Les kystes hydatiques de la rate. *Thèse*, Paris, 1908.
- MARTINEAU. — Kystes hydatiques de la rate. (Cité par TRINKLER, 32).
- MARTINI. — Kyste hydatique primitif de la rate. *Revue de Chirg. de Milan*, 1892.
- MARTYN-JORDAN H. — Chirurgie conservatrice de la rate. *Lancet Lond.*, 1898, 22 janv., p. 208.
- MAS. — *Cent. f. Chirurg.*, 1889.
- MATIOLI. — Sur les cas de kystes à échinocoque de la rate qui se sont traduits à l'intérieur par la suppuration. *Gazetta d. Ospedali*, 1897, II, p. 1519.
- MATTIOLI. — Kystes à échinocoque de la rate. *Gazz. degli Osped.*, 1891, n° 192.
- MATIREYEFF. — *Wratch St Petersburg*, 1898.
- MAYO J. — Chirurgie de la rate. *Gyn. an Obst.*, 1913, XVI, p. 233.

- MAZZINI. — Kyste hydatique de la rate ; hydatidose multiple du foie. *Bull. y trab. de la Soc. de Cir. de Buenos-Aires*, 7 nov. EPLF, t. 12, pp. 748-757.
- MEÏ. — Kystes à échinocoques en Cyrénaïque. *Arch. Ital. di Chir.*, 1924, t. IV, p. 455.
- MERTENS ZUR BORG. — Deux cas de kyste hydatique de la rate. *Nederl. Tijl Geneesk.*, mars 1928, p. 1.475.
- MESSINA. — Kystes à échinocoques de la rate ; splénectomie ; guérison. *Culture Med. Mod. Palermo*, 1924, III, pp. 205-209.
- MICHAUX, J. BOREL, J. di RUGGIERO G. — Les kystes hydatiques de la rate. *Sang.*, t. 2, 1928, pp. 596-620.
- MICHELSON. — Résultats de la chirurgie moderne de la rate. *Ergelon d. Chir. a. Orthop.*, t. 6.
- MICHON, BAZY. — Kyste hydatique de la rate ; diagnostic radioscopique. *B. et Ann. Soc. de Chir.*, 30 juin 1909.
- MICHON, BAZY. — Discussion sur les kystes hydatiques de la rate. *Soc. de Chir.*, 7 juillet 1909, p. 822.
- MILLS H. W. — Kyste hydatique de la rate avec compte-rendu de quatre cas. *Suz Gynec. and Obs.*, avril 1924, n° 4, pp. 491-706.
- MOIR G. — Kyste hydatique suppuré de la rate ; cas nécropsique. *Lancet London*, 10 oct. 1903, p. 1.020.
- MONPTOFIT. — Soc. Anat. de Paris, 1903.
- MONTSERRA J. L. — Hypertrophie déformante de la membrane chitineuse d'un kyste hydatique. *Compte-rendu Soc. de Biol.*, 3 octobre 1932, t. III, pp. 75-77 ; *Rev. Soc. Argent. de Biol.*, 1932, t. 8, p. 550.
- MORDRET. — Cas de kyste hydatique de la rate chez une femme de 50 ans ; marsupialisation, guérison. *Bull. et Mem. Soc. de Chir.*, oct. 1892.
- MORESTIN. — Kyste hydatique de la rate. *Bull. et Mem. Soc. de Chir.* Paris, 30 juin 1909.
- MORIN. — Technique opératoire des kystes hydatiques de la rate. *Thèse*, Paris, 1895.
- MORO G. — Sur les kystes à échinocoques de la rate. *Policlínico (Sez Prat.)* 29 juin 1931, t. 38, pp. 915-920.

- MOSLER F. — Sur l'échinocoque de la rate et son traitement. Wiesbaden, 1884.
- MOSTUREUX M. — Des kystes hydatiques de la rate. *Thèse*, Paris, 1900.
- MOULOUQUET. — Kystes à échinocoques de la rate. *Gazz. Méd. de Picardie*, 1898.
- NELATON. — Diagnostic différentiel entre les kystes de la rate et les kystes du rein. (Cité par DIEULAFOY).
- NEISSIER A. — Affection Hydatique. Berlin, 1877.
- NICOARA. — Cas de kyste hydatique de la rate. *Cluj. Med.*, fev. 1929, t. 10, pp. 65-67
- NICOLAS et BIAU. — Sequelles de la splénectomie. *Journ. de Physiol. et Path. Gén. Paris*, 1901, p. 68.
- NIGRISOLI. — Contribution à l'étude du kyste hydatique de la rate. Bologna, Zanichelli, 1893. *Atti Soc. Ital. Chir.*, 1899, p. 51.
- OLIVER. — kyste hydatique pédonculé de la rate. *Brit. Med. Journ.*, 1893, t. III, p. 13.
- OLMEDO. — Kyste hydatique de la rate ; splénectomie. *Semaine Med. Buenos-Aires*, 1925, XXXII, p. 1502.
- OULIÉ. — Sur le traitement chirurgical du kyste hydatique de la rate, à propos de huit observations personnelles. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 5 juillet 1930, t. 56, pp. 888-893.
- PACI. — *Bull. Soc. Med. Pisana*, 1894, n° 1.
- PAGET. — Maladie kystique de la rate et du poumon gauche. *Brit. Med. Journ.*, 1880.
- PALAVECINO I. R., VILLEGAS R. R. et PALAZON J. M. — Angiomasose de la rate, diagnostic différentiel avec un kyste hydatique, cas. *Semana Med.*, 14 juillet 1932, t. II, pp. 82-88.
- PAMORIER. — Kyste hydatique de la rate avec kyste de l'épiploon. *Bull. Soc. Anat. de Paris*, XV, p. 170.
- PAPILLAUD L. — Contribution à l'étude du kyste hydatique de la rate. *Thèse*, Paris, 1926.
- PARLAVECCHIO. — Splénectomie pour des affections rares. Contribution à l'étude de la chirurgie de la rate. *Policlinico*, VI, pp. 89-1.900.

- PARLAVECCHIO. — Nouvelle contribution au recueil de cas de l'échinococcose de la rate. Kystes volumineux suppurés. Opération, guérison. *Pensiero Medico*, 1913, p. 433.
- PAUCHET. — Kyste hydatique de la rate, excision, guérison. (Cité par MARTIN).
- PECK. — Kyst of the spleen. *Surg. Gyn. Obst.*, avril 1924.
- PETIT. — Kyste hydatique de la rate. (Cité par MARTIN).
- PENNA. — Affections à échinocoques dans l'Uruguay. (Cité par ALBO).
- PEYRE. — Kyste hydatique et salmonellose. *Presse Méd.*, 21 janv. 1928, t. 36, pp. 85-86.
- PEAN. — Kyste hydatique de la rate ; splénectomie, guérison. *Union Méd.*, 1867, ns^e 141 et 142.
- PIAZZA-MARTINI. — Sur les échinocoques primitifs de la rate. *Revista Clinica Milano*, 1892, p. 240.
- PIERI et PONCET. — Kyste hydatique de la rate. (Cité par MARTIN, observ. 4). *Marseille Med.*, 1913, pp. 190-196.
- PIRRI. — Splénectomie pour kystes à échinocoques de la rate pratiquée par le professeur Novaro à la clinique chirurgicale de Bologne. *Bull. Scienze Med.*, 1892, p. 502.
- PITTS et BALANCE. — Sequelles de la splénectomie. *Lancet London*, 22 fév. 1896.
- POCI. — Note sur un cas de kyste volumineux de kyste à échinocoque de la rate ; laparotomie, guérison. *Bull. Soc. Med. Pisana*, 1894.
- POOL E. H. et SHILHMANN R. G. — Chirurgie de la rate. *New-York*, 1923.
- POULET. — Kyste hydatique de la rate. (Cité par CASANOVA).
- PSALTOFF. — Kyste hydatique de la rate, du foie et du mésentère. Splénectomie, guérison. *Rev. de Chir.*, 1903.
- QUÉNIN. — Traitement des kystes hydatiques du foie et de la rate. *Bull. et Mém. Soc. de Chir. Paris*, 1889, 10 avril.
- QUÉNIN. — Kystes hydatiques de la rate. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 23 et 30 nov. 1904.

- QUÉNIN et BAUDOT. — Exosplénopexie. *Rev. de Gyn. Paris*, 1898, p. 317.
- QUÉNU. — *Soc. de Chir. de Paris*, 1890.
- RATTO O. J. et CASANOVA L. O. — Kyste hydatique primitif de la rate. *Prensa med. Argent.*, 30 déc. 1928, t. 15, pp. 907-909.
- REDOUL. — Kyste hydatique suppuré de la rate avec perforation du diaphragme. *Arch. prov. de Chir. Paris*, 1896, n° 1.
- RICARD. — Kyste hydatique de la rate ; marsupialisation. *Lancet Lond.*, 1909, III, p. 332.
- RICHELOT. — Kyste hydatique de la rate ; splénectomie, guérison. 1897. (Cité par VANWERTS, observ. 77).
- RIST KINDERGERRG, PARVU. — Kyste hydatique de la rate et polyglobulie. *La Prens. Med. Arg. An.*, XV, n° 21, 30 déc. 1928, pp. 907-909.
- ROBERT. — Cas de kyste hydatique de la rate avec hypertrophie compensatrice. (Cité par DIEULAFOY).
- ROCHE F. — Quelques localisations rares de l'échinococque. *Thèse*, Lyon, 1897.
- ROMBEAU. — Kyste hydatique de la rate ; ponction, accidents consécutifs. *Compte-rendu Soc. de Biol. Paris*, 1854, p. 341.
- ROSENSTEIN et SANGER. — *Berl. Klin Woch.*, 1873.
- ROSTOCHINSKY. — Deux cas de kyste hydatique de la rate. *Bull. Soc. Med. de Famboff*, 1890, n° 5 et 6.
- RUEHM. — *Berlin Klin. Woch.*, n° 13, p. 630.
- RUGGI. — Statistiques de laparotomies avec considérations spéciales à la technique de la splénectomie. *Riforma Medica*, 1891, IV, n° 488.
- SABADINI J. D. — Kyste hydatique de la rate, du volume d'une tête de fœtus, si mobile, qu'il fut pris pour un kyste de l'épiploon. *Bull. Méd. de l'Algérie*, 1904, XV, 544.
- SABADINI L. — Kyste hydatique de la rate. 1935. *Soc. de Chir. Paris*, fév. 1935 ; et *Journ. de Chir.*, avril 1935 sous presse).

- SANGUINE. — Kyste hydatique solitaire de la rate. (Cité par TRINKLER).
- SAVAGE. — *Soc. Anat.*, 1879.
- SCHROTTER. — *Oest. Med. Jahry Bd.*, XIX, p. 220.
- SCHWARDA (von) L. V. — Kyste à échinocoques de la rate (splénectomie) et du foie (résection), guérison. *Chir. Klin. Berl.*, 1906, p. 324.
- SEGAR. — Notes sur un cas de kyste hydatique de la rate. *Lancet London*, 1903, I, p. 655.
- SCHERE. — Kyste hydatique volumineux de la rate. *Bull. Méd. de l'Algérie*, 1904, XV, p. 532.
- SENNI. — Sur un cas de kyste à échinocoque du foie et de la rate. *Soc. Lancisiana Ospedali di Roma*, a juill. 1905.
- SEVESTRE. — Kyste hydatique de la rate. *Bull. Soc. Méd. d'Hôp.*, 1886, p. 470 ; *Union Méd.*, 1883.
- SHERREN J. — Un cas de kyste hydatique de la rate. *Brit. Journ. of Surg.*, 1914, II, p. 341.
- SILVESTRINI. — Un cas particulier de kyste à échinocoque de la rate. *Gazz. Intern. Med. Chir.*, 1921.
- SILVESTRINI. — Pathologie et chirurgie de la rate. *Bologna, Cappeli*, 1924.
- SKODE. — Echinococcus lierus. *Allge. Wien. Med. Zeitung*.
- SLAWTCHEFF — Kyste hydatique de la rate ; splénectomie, guérison. *Med. Napiedak Sophia*, 1900, t. I, p. 571.
- SNEGUIREFF. — Kyste hydatique de la rate ; splénectomie, guérison. *Semana Med. Buenos-Aires*, 17 avril 1895.
- SOMMER H. O. — Affection à échinocoque aux Etats-Unis. *New-York Med. Rec.*, 1895, p. 656.
- SOKOLOFF. — Kyste hydatique solitaire de la rate. (Cité par TRINKLER).
- SPADARO. — Splénectomie pour kyste à échinocoques avec hypertrophie paludéenne. *Policlinico (Sez. Chir.)*, 1899, p. 148.
- SPICK, ROQUES. — A propos d'un kyste hydatique de la rate. *Rev. Méd. de l'Est.*, 1^{er} sept. 1930.
- STANKIELVICZ. — *Gaz. de Varsovie*, 1902.

- STRIKOW et ROSANOW. — Sur les échinocoques de la rate.
Wien Med. Woch., 1913, p. 2.967 ; *Ruesk Wratsch*,
1912, n° 36.
- SYMINGTON C. — Maladie hydatique dans l'Afrique du Sud.
South-African Med. Rec. Cape Town, 10 juillet 1907,
p. 193.
- TADDEI. — Le traitement des kystes à échinocoques.
Riforma Med., 1922, p. 169.
- TEDENAT. — Kyste hydatique de la rate. XIV^e Congrès
Franc. de Chir. Paris, oct. 1901, p. 130.
- THOMSEN — Contribution à l'étude du kyste hydatique
de la rate. *Deut. Zeitsch. f. Chir.*, t. 45.
- TOMMASI. — Histoire d'un cas d'échinocoque développé
dans la rate. *Firenze, Civelli*, 1873, p. 156.
- TARUFFI. — Compendio di Anatomia patologica generale.
Bologna, R. Tipographia, 1870, pp. 558-559.
- TONDO. — Echinococcose de la rate. *Riv. Med.*, août 1927,
t. 35, p. 113-116.
- TROTZKY. — Sur l'opération de l'échinocoque de la rate
d'après la méthode Posados-Orloff. *Zentralorgan f.
d. ge. Chir.*, t. 18, f. 10, p. 482.
- TRICONI. — Kyste hydatique de la rate, splénectomie,
guérison. *Riforma Med.*, 1902, t. II, p. 212.
- TRINKLER. — Kyste hydatique solitaire de la rate. *Rev.
de Chir.*, 1894, t. 14, pp. 107-163.
- TROFINOFF.W. — Echinocoque solitaire de la rate. 1888.
Chirurgia Moscou, p. 561.
- TUSINI. — Sur certains cas à échinocoques du foie et de
la rate. *Pise tip. Mariotti*, 1900.
- URRUTIA L. J. — Kyste hydatique de la rate ; splénecto-
mie, guérison. *Arch. de Méd. Cir. y Españ.*, 4 sept.
1926, t. 24, pp. 445-451 ; *Anales de la Acad. Equino.
Española*, 1926, t. 13, p. 705-712.
- URRUTIA L. J. — Nouveau cas de kyste hydatique de la
rate, traité par la splénectomie, shock anaphylactique
grave, guérison. *Arch. de Méd. Cir. y Españ.*, 30 juin
1928, pp. 811-815.

- VANLANDE M. — Kyste hydatique de la rate. *L'Algérie Médicale*, n° 74, février 1934, p. 123. Communication faite à la Soc. de Chir. d'Alger en nov. 1932.
- VEGAS et CRANWELL. — Les kystes hydatiques et leur traitement dans la République Argentine. *Rev. de Chir.*, 1901, XXIII, p. 471.
- VERESKUNOFF I. M. — Cas d'infection simultanée à échinocoques des poumons et de la rate. *Vrach. del.*, 31 janv. 1929, t. 12, pp. 98-101.
- VIRNIECCHI C. — Kystes à échinocoques de la rate. *Rinasc. Med.*, 1^{er} fév. 1930, t. 7, pp. 62-64.
- VILLAR F. — Du choix de la méthode de l'intervention dans le traitement des kystes hydatiques de la rate et du pancréas. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, n° 8, 15 mars 1903, pp. 165-185.
- VIVENZA. — Contribution au diagnostic des kystes hydatiques de la rate. *Lo Sperimentale*, 1895, n° 13, p. 248.
- WASSILIEF. — Revue de Chir., 1885.
- WAROT. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la rate. *Thèse*, Lyon, 1905.
- WEIL P. E., CHEVALIER P. et ZAHRADNITZKY F. — Sur l'échinocoque chez l'homme. *Zeit. f. Chir.*, 1911, n° 31 : *Gazop. Lek. Zask.*, 1911, p. 5-9.
- WILSON I. G. — Un cas de kyste hydatique de la rate simulant un kyste de l'ovaire. *J. Obs. a. Gyneco. Brit. Emp.*, 1905, t. VII, p. 413.
- ZACK E. Kystes échinococciques multiples de l'abdomen et des poumons (kyste primitif de la rate). *Wien Med. Woch.*, 1919, t. XCMIX, p. 2, 535.
- ZAHRADWICKY. — *Zentr. f. Chir.*, 1911, p. 1.079.
- ZWIRN. — Kyste hydatique suppuré de la rate. *Marseille Med.*, 1921, t. VIII, p. 373.
- ZUCCARO. — Kyste hydatique de la rate. *Puglia Medica*, 1901, n° 1.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
--------------------	----

Chapitre I. — ETUDE GENERALE

HISTORIQUE	13
PATHOGÉNIE	16
FRÉQUENCE	16
INFLUENCES DIVERSES	18
ASSOCIATION A D'AUTRES LOCALISATIONS	19
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	20
Volume	23
Contenu	25
Rapports	25
Anatomie pathologique des complications	28

Chapitre II. — CLINIQUE

A. SYMPTOMATOLOGIE	33
Kyste abdominal	35
Kyste thoracique	39
Kyste abdomino-thoracique	40
B. EVOLUTION	44
C. COMPLICATIONS	45
Suppuration	45
Rupture	46
D. DIAGNOSTIC	51
Clinique	51
Radio et examens de laboratoire.....	55

Chapitre III. — TRAITEMENT

MÉTHODES	61
Ponction	61
Splénectomie	62
Résection du kyste	63
Enucléation avec fermeture immédiate	63
Enucléation suivie de drainage (marsupialisation)	64
EXPOSÉ CRITIQUE	64
LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES	71
TECHNIQUE OPÉRATOIRE	77

Chapitre IV. — OBSERVATIONS

A. INÉDITES	83
B. LITTÉRATURE	97
CONCLUSIONS	105
BIBLIOGRAPHIE	107

Vu : *Le Président de Thèse,*
COSTANTINI.

Vu : *Le Doyen,*
E. LEBLANC.

Vu et permis d'imprimer :
Alger, le 28 février 1935.
Le Recteur,
G. HARDY.

Alger. — Imp. La Typo-Litho et Jules **Carbonel** réunies.
